



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

“FECUNDIDAD ADOLESCENTE”

ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO
DEL EMBARAZO ADOLESCENTE
A NIVEL NACIONAL

T E S I S:
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A :
GUADALUPE FABIOLA PÉREZ BALEÓN

ASESOR: DR. CARLOS WELTI CHANES





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**La maternidad como único proyecto de vida,
resulta el intento más pobre que se pueda
plantear un ser humano.**

SIMONE DE BEAUVOIR

Estoy convencida de que la vida es un regalo único, y que cada día es una oportunidad de ser feliz al lado de las personas que te acompañan en esta aventura. Por eso agradezco a ese Ser Supremo, por el polvo dorado con el que siempre me cubre, el cual me demuestra su amor y me hace sentir una persona privilegiada en todos los aspectos. Gracias.

Esta investigación, y todo el esfuerzo e interés que implicó están dedicados a quien ha sido el pilar más importante de mi vida y ha estado presente en todo momento...

A ti mamá

A mi hermana:
a quien desde aquí le recuerdo
lo efímera que es la vida, y lo
importante que es el aprovecharla al máximo.

A mi familia:
por su apoyo y cariño, a pesar de la distancia,
ya que son parte importante de mi vida.

A OMAR:
Por el hecho de existir,
por su amor hacia mi y
por el deseo de compartir y
disfrutar juntos de la vida.

A todos mis amigos:
por ser fuente de ilusiones y alegría,
por su compañía y por hacer más comfortable
mi estancia en las instituciones donde los he conocido.

Por medio de estas paginas va
mi reconocimiento a cinco personas sin
las cuales esta investigación no sería posible.

Al doctor Carlos Welti Chanes como director de Tesis,
por su orientación hacia el tema objeto de estudio,
por su enorme paciencia y por las facilidades
académicas brindadas a lo largo del trabajo.

A la doctora Lilia Macedo de la Concha
por su asesoría y orientación
en el aspecto metodológico.

A la doctora Georgina Ortiz Hernández,
a la licenciada Oralia Acuña Dávila y a
la licenciada Carmen Flores Cisneros
por su interés y por haber creído en mi trabajo,
ya que sus opiniones y cuestionamientos
contribuyeron en el enriquecimiento del mismo.

Agradezco a Fundación UNAM y a Fundación TELMEX, el apoyo económico brindado a lo largo de mi carrera, así como a la Comisión Federal de Electricidad y al Instituto Federal Electoral, por las oportunidades laborales y por las gratas experiencias que adquirí dentro de ellas.

También deseo agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Trabajo Social, por ser mi segundo hogar, y por permitirme adquirir una de las profesiones mas nobles...

la licenciatura en Trabajo Social.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introducción.....	I
Metodología.....	III
1. Planteamiento del problema.....	III
2. Objetivos.....	IV
3. Hipótesis y variables.....	V
4. Diseño de la investigación.....	V
4.1 Universo de trabajo.....	VII

Capítulo I Adolescencia y Fecundidad

1.1 Adolescencia.....	1
1.1.1 Definición de adolescencia.....	2
1.1.2 Pubertad.....	3
1.1.2.1 Manifestaciones anatómicas y fisiológicas de la pubertad.....	4
1.1.3 Cambios psicológicos y sociales en la adolescencia.....	5
1.1.4 Inicio de la maduración sexual.....	7
1.2 Fecundidad adolescente.....	8

Capítulo II Análisis Cuantitativo de la Fecundidad Adolescente en México

2.1 Características generales de la población adolescente en el país.....	9
2.2 Tasas globales y específicas de fecundidad.....	11
2.3 Cifras del embarazo adolescente en México.....	13
2.4 Inicio de la actividad sexual de las jóvenes.....	15
2.5 Inicio de la vida conyugal.....	20
2.6 Promedio de hijos nacidos vivos y sobrevivientes de la población adolescente.....	21
2.6.1 Hijos sobrevivientes y fallecidos de madres adolescentes.....	27
2.7 Preferencias reproductivas.....	30
2.8 Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.....	32

Capítulo III Problemáticas Individuales y Sociales del Embarazo Adolescente

3.1 El embarazo adolescente como problema social.....	37
3.1.1 Consecuencias demográficas del embarazo precoz.....	37
3.1.1.1 Mayor número de embarazos.....	39
3.1.2 Costo social de la fecundidad adolescente.....	40
3.1.3 Transmisión generacional de la pobreza.....	42
3.1.3.1 Transmisión generacional de la maternidad.....	43
3.1.4 Imposibilidad para concluir los estudios.....	44

	3.1.4.1	Bajas expectativas educativas para los hijos.....	45
3.1.5		Jefatura femenina.....	45
	3.1.5.1	Bajo nivel laboral y menores ganancias económicas.....	46
3.1.6		Consecuencias para la salud de la adolescente embarazada.....	47
	3.1.6.1	Ausencia del cuidado prenatal.....	48
	3.1.6.2	Trastornos del embarazo.....	50
	3.1.6.3	Complicaciones durante el parto.....	50
	3.1.6.4	Dificultades producidas por abortos.....	51
	3.1.6.5	Mortalidad materna.....	52
3.1.7		Consecuencias para la salud y el desarrollo de los hijos de madres adolescentes.....	52
	3.1.7.1	Durante la gestación y al momento de nacer.....	53
	3.1.7.2	Morbilidad del niño.....	54
	3.1.7.3	Maltrato infantil.....	54
	3.1.7.4	Mortalidad infantil.....	55
3.1.8		Impacto psicológico.....	56
	3.1.8.1	Síndrome del fracaso de las adolescentes embarazadas...	57
3.1.9		Costo que la maternidad precoz representa para los padres.....	57
3.2.		Si los adolescentes postergaran su paternidad.....	58

Capítulo IV
Factores que Condicionan la
Fecundidad Adolescente

4.1		Agentes que propician el embarazo adolescente.....	59
	4.1.1	Pobreza.....	61
	4.1.2	Nivel educativo.....	63
	4.1.3	Oportunidades laborales.....	65
	4.1.4	Zona de residencia.....	66
	4.1.5	Patrones culturales.....	69
	4.1.5.1	Valor que se le confiere a los hijos.....	70
	4.1.6	Matrimonio adolescente.....	71
4.2		Factores que evitan el embarazo no deseado.....	73

Capítulo V
Sexualidad Adolescente

5.1		Conducta sexual de los jóvenes.....	75
	5.1.1	Edad en que inician las relaciones sexuales.....	75
	5.1.1.1	Extensión del período de riesgo.....	76
	5.1.2	Persona con quien inician las relaciones sexuales.....	77
	5.1.2.1	Edad de la pareja.....	77
	5.1.3	Actitudes de los adolescentes tras su primera experiencia sexual.....	78
5.2		Doble estándar sexual dentro de la sociedad.....	79
5.3		Conductas sexuales de riesgo.....	79
5.4		Factores que propician el inicio temprano de la actividad sexual.....	80
5.5		Conocimiento de métodos anticonceptivos.....	82
	5.5.1	Papeles que juegan los canales de socialización en la educación sexual.....	82

5.5.2	Uso de métodos anticonceptivos.....	86
5.5.2.1	Razones por las cuales los adolescentes no utilizan anticonceptivos.....	88
5.5.2.2	Costo económico y social al usar anticonceptivos.....	90
5.5.2.3	Barreras estructurales para acceder a los métodos anticonceptivos.....	90

**Capítulo VI
Cómo Enfrenta el Embarazo
la Madre Adolescente**

6.1	El hijo no deseado o no planeado.....	92
6.1.1	Actitudes de la adolescente al conocer su embarazo.....	93
6.2	Opciones de la adolescente ante su embarazo.....	94
6.2.1	Matrimonio precoz.....	94
6.2.2	Madre soltera.....	96
6.2.3	Aborto.....	97
6.2.3.1	Causas que llevan al aborto inducido.....	99
6.2.3.2	Efectos psicológicos del aborto provocado.....	100
6.2.4	Adopción.....	102
6.3	Prevención de nuevos embarazos.....	104

**Capítulo VII
El Trabajo Social
y la Política de Atención a los
Adolescentes y Jóvenes**

Primera Parte		
7.1	Definición de Trabajo Social.....	105
7.1.1	Funciones y actividades del trabajador social en torno al embarazo adolescente.....	107
Segunda Parte		
7.2	Política de Atención a los Adolescentes y Jóvenes.....	110
7.2.1	Objetivos.....	111
7.2.2	Programas.....	112
7.2.2.1	Programa Integral de Educación Sexual a Nivel Nacional..	112
7.2.2.2	Programa de Difusión Masiva de Información Sexual.....	118
7.2.2.3	Programas Culturales para Adolescentes.....	119
7.2.2.4	Programa de Atención a los Adolescentes y Madres Adolescentes.....	120
7.2.2.4.1	Proyecto de Atención a Adolescente y Jóvenes.....	121
7.2.2.4.2	Proyecto de Atención al Embarazo Adolescente.....	122
7.2.3	Estrategias.....	124
7.2.4	Vertientes de instrumentación.....	126

Resultados.....	127
1. Comprobación de hipótesis.....	127
2. Logro en los objetivos planteados dentro de la investigación.....	129
3. Resultados de la investigación.....	130
Conclusiones	135
Propuestas	142
<i>ANEXO</i>	
Lista de cuadros.....	147
Bibliografía.....	150
Hemerografía	154

INTRODUCCIÓN

Generalmente el embarazo es motivo de felicidad para las parejas y sus familias. El traer un nuevo ser a la vida es un evento que en sí mismo evoca la idea de anhelo, ternura y esperanza. El dar vida es abrir una nueva puerta al futuro, pues representa, de manera inmediata para los progenitores, la permanencia de un apellido y de una familia, el verse perpetuados en un nuevo ser humano que recibe, y algún día transmitirá una serie de valores, costumbres, ideas y sentimientos que los identifican y que se consideran válidos e incluso mejores, y que también de manera mediata representan para la sociedad, la continuidad de la especie humana.

Sin embargo, este acontecimiento tan admirable como pudiera ser, al igual que otros tantos eventos del ser humano, puede llegar a surgir y verse envuelto en un sinfín de contextos y elementos socioculturales, algunos de los cuales no resultan ser óptimos para la concepción, nacimiento y educación del bebé, ni para el desarrollo individual de la madre, ya que llegan a suscitarse dentro de la pobreza, la falta de planeación del embarazo o el desconocimiento del control de la fecundidad, o cuando la mujer está enferma, o se encuentra en los límites de la edad reproductiva, (muy joven o muy madura) entre otros aspectos que van configurando y condicionando diversas problemáticas individuales, familiares o sociales que afectan a estas mujeres, a sus parejas, a las familias de ambos y por ende, a su descendencia.

De entre todas las situaciones antes enumeradas, la fecundidad adolescente, considerada como el embarazo que se sucede antes de que la mujer cumpla los veinte años de edad, es un tema que amerita una mención y un estudio particular, ya que por sí sola, es un hecho que genera en las adolescentes una serie de problemas que perjudican tanto su desarrollo individual, como el de sus hijos, pues tienen mayores posibilidades de vivir situaciones económicas, laborales, educativas, culturales o de salud, adversas. Ya por su edad, su nivel educativo y de preparación laboral, el apoyo que le brinde su pareja, la inmadurez propia de la adolescencia, el nivel económico y cultural de su familia y de la sociedad, ya por otros aspectos.

En este sentido, el Trabajo Social, en su carácter de disciplina de las Ciencias Sociales, que tiene como una de sus tareas el realizar estudios e investigaciones sobre problemas que afectan a la sociedad, como es en este caso el embarazo adolescente, para poder así aportar diversas alternativas de solución al respecto, basadas en el estudio científico de la sociedad y de los individuos; es que se propone en este momento el estudio cualitativo y cuantitativo de la fecundidad adolescente en México. Para ello se eligió realizar una investigación de las causas que conducen a las jóvenes a esta situación, así como de las consecuencias que este hecho les genera en todos los aspectos de su vida y en los de sus hijos.

La presente investigación se compone de varios apartados que giran en torno a la metodología utilizada en la investigación, así como a las propuestas, conclusiones y resultados de la misma, además de siete capítulos que comprenden los siguientes aspectos:

Primero se realiza una descripción de la adolescencia, haciendo referencia a los cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos y sociales por los cuales atraviesan los adolescentes, mismos que les irán permitiendo, entre otras cosas, tomar conciencia por primera vez de su sexualidad y del deseo de compartirla con otra persona, pudiendo llegar, en algún momento de su adolescencia, a sostener relaciones sexuales, muchas de ellas sin protección, posibilitándose así el surgimiento de un embarazo precoz, situación que permite esbozar los

parámetros de este estudio. También se aborda el concepto de fecundidad adolescente, con el cual se entra de lleno al estudio de dicha problemática social.

En el segundo capítulo se presenta un análisis estadístico sobre este tema, utilizando para ello la Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995 (ENPF), del Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997 (ENADID), del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), por lo que se muestran diversos cuadros al respecto, junto con sus correspondientes explicaciones, mismas que dan soporte en la realidad y a los planteamientos que durante el desarrollo del presente trabajo se realizan, y ofrecen un panorama general del embarazo adolescente en el país.

En el siguiente capítulo se analizan las consecuencias sociales e individuales que un embarazo de esta naturaleza representan para la joven, sin dejar de lado algunas de las repercusiones demográficas, educativas, económicas y de salud que pueden llegar a presentarse en el menor, en su pareja, en la familia de estos y en la sociedad en general.

En el cuarto capítulo se revisan algunas de las situaciones que mayormente condicionan el embarazo adolescente, como es la pobreza, el bajo nivel educativo, las oportunidades laborales con que cuentan los jóvenes en general, las pautas culturales en relación al embarazo y el matrimonio precoz, la zona de residencia y el que la mujer ya se encuentre viviendo dentro de una unión conyugal, las cuales de una u otra forma van conduciendo a un importante sector de la población femenina a embarazarse a temprana edad.

Por otra parte, en el quinto capítulo se presenta un panorama general de la sexualidad adolescente en el país, tomando como referencia para completar el estudio, algunos datos de otros países. Aquí se pueden encontrar aspectos tales como la edad promedio en que los adolescentes inician su actividad sexual en México, su postura frente a las relaciones sexuales premaritales, el uso de métodos anticonceptivos, su percepción sobre los problemas de salud que las relaciones sexuales les pudieran ocasionar, el grado de información sexual con que cuentan y el recelo y falta de confianza que experimentan al acercarse a sus padres, profesores e instituciones educativas y de salud, para pedir información y servicios de planificación familiar, pues estos son factores que también pueden condicionar el surgimiento del embarazo adolescente.

El sexto capítulo se refiere a las opciones con las que una mujer, y en este caso una joven, cuenta para concluir con su embarazo, como es el decidir primeramente si tendrá o no al producto, optando por el aborto o por la continuación del embarazo. En caso de que se decida por esta última se encontrará con que se le abren otra serie de alternativas, como es el casarse con el padre del hijo, permanecer soltera o bien, dar al niño en adopción, teniendo cada una de estas, sus pros y contras, los cuales se examinan con detenimiento.

Por último, en el séptimo capítulo se establece una política de atención tanto del embarazo precoz, como de los jóvenes en general, ya que se considera que una de las soluciones más efectivas a todo problema social, es la prevención y la educación de la población involucrada. En este mismo apartado se resalta la participación del licenciado en Trabajo Social dentro del trabajo con adolescentes de ambos sexos y de diferentes edades, y con las jóvenes embarazadas. Finalmente se concluye el estudio con la presentación de los resultados y de las conclusiones a las que esta investigación permitió llegar, así también se resumen las propuestas del trabajo y se anexa la bibliografía y hemerografía utilizada.

METODOLOGÍA

Dentro de la parte metodológica de la investigación se cuenta con cuatro apartados que la integran, los cuales son: el planteamiento del problema, los objetivos, la hipótesis, con sus respectivas variables e indicadores, y el diseño de la investigación, mismos que fueron retomados del proyecto de investigación que se elaboró para el comienzo del estudio que ahora se presenta.

Por tanto aquí se muestra el contenido de dichos elementos:

1. Planteamiento del problema

México cuenta con un alto crecimiento demográfico, ello a pesar de la política demográfica que al respecto se ha seguido en las últimas décadas, en donde se ha dado una gran difusión de los métodos anticonceptivos, además de hacerle llegar a la población juvenil, la información sobre la sexualidad y la fecundidad, por medio de la educación en primarias y secundarias. Sin embargo, estos esfuerzos no han sido suficientes, ya que si bien ha descendido la tasa de fecundidad de las mujeres de 7 hijos a principios de los sesenta a 2.7 hijos en los últimos años, (*Mendoza, 1998 en Demos*) se ha incrementado la participación relativa de las jóvenes adolescentes que se encuentran entre las edades de 15 a 19 años, ya que estas jóvenes participan con un 13.65 por ciento del total de los nacimientos por año (*ENADID, 1997*). Todo lo que hace pensar que la fecundidad adolescente puede ser considerada como un problema social, debido a que tiene repercusiones tanto a nivel individual como social, en los distintos ámbitos que conforman al del ser humano.

Dentro de lo demográfico y económico afecta a la sociedad al haber un mayor número de personas en edades no productivas que requieren servicios médicos, educación y vivienda, y una vez que han llegado a la edad productiva demandan empleos. A la par que para la adolescente y su familia el embarazo viene a representar un problema económico, ya que el nuevo miembro requiere de una serie de satisfactores de alto valor que merman la ya de por sí deficiente economía familiar mexicana, lo que viene a ser una carga económica de largo plazo para estos.

Con lo que respecta al punto de vista médico, a la maternidad adolescente se le asocian riesgos que van desde la gestosis, la anemia, la eclampsia y la toxemia, hasta la muerte por complicaciones en el momento del parto o por un aborto mal practicado, de igual manera se considera que los hijos de madres adolescentes tienen mayores riesgos de morir por la ausencia de cuidados durante el embarazo, por la edad de la mujer o por su mala salud, y presentan mayores problemas de aprendizaje, conducta y lenguaje (*United Nations, 1989 y Committee on Population, 1990*)

Como se observa, el embarazo adolescente repercute de forma directa e indirecta en un gran número de personas, comenzando con la propia adolescente, que ve limitadas sus posibilidades de concluir sus estudios, conseguir un trabajo remunerado y/o casarse, asimismo afecta a la pareja de la joven, aún cuando no se han hecho suficientes investigaciones al respecto, de igual forma se encuentra la familia de los jóvenes y el mismo hijo por nacer, hasta llegar a las repercusiones sociales, ya que se está hablando de un mayor número de individuos que cada vez requieren de más servicios, ya de por sí insuficientes.

Ante tales situaciones se hace necesario realizar nuevas investigaciones que encuentren alternativas para prevenir y/o disminuir la problemática del embarazo adolescente, puesto que gran parte de las investigaciones que se han realizado al respecto han sido hechas por institutos e investigadores que proceden de países desarrollados; y si bien se han enfocado al problema de la fecundidad adolescente en los países en desarrollo, como es el caso de México, tan solo se han abocado a la descripción de las causas y consecuencias de este problema, sin aterrizar en una propuesta concreta para disminuirlo, de ahí la importancia que reviste esta investigación, ya que no solo se analiza el impacto social y demográfico de la fecundidad adolescente, sino que se finaliza la tesis con una propuesta de política social para disminuir los embarazos adolescentes y prevenir las consecuencias de este y otros problemas que los jóvenes pueden llegar a enfrentar en esta etapa de su vida.

El planteamiento del problema del que partió el estudio fue: *existe un número importante de mujeres adolescentes mexicanas que consideran al embarazo en esta etapa, como el único proyecto de vida al que pueden acceder, como resultado de una serie de factores sociales, culturales y económicos que les ofrecen la maternidad como la única opción para su realización personal.*

2. Objetivos

Los objetivos que se plantearon en el proyecto de investigación fueron los siguientes:

Objetivo General:

- ☞ Realizar un análisis cualitativo y cuantitativo del impacto sociodemográfico del embarazo adolescente a nivel nacional.

Objetivos Específicos:

- ☞ Determinar los factores que anteceden a la fecundidad adolescente, así como sus repercusiones en el ámbito social e individual.
- ☞ Describir las características demográficas de las adolescentes embarazadas.
- ☞ Analizar el comportamiento reproductivo de las mujeres de 15 a 19 años a nivel nacional.
- ☞ Elaborar una propuesta de política que responda a la problemática de las adolescentes embarazadas.

Mismos que en el apartado de resultados se analizarán para determinar en que medida se cumplieron.

3. Hipótesis y variables

En cuanto a la hipótesis de la investigación se enunció la siguiente:

La fecundidad adolescente es afectada por factores socioeconómicos y culturales, de los cuáles el nivel educativo, el conocimiento de los métodos anticonceptivos y el comportamiento sexual y reproductivo son los agentes principales que facilitan su surgimiento.

Las variables e indicadores de esta hipótesis son:

- ⊃ Fecundidad adolescente
- ⊃ Nivel educativo, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y comportamiento sexual y reproductivo.

Variable dependiente	Indicadores
⊃ Fecundidad adolescente	⊃ Embarazo antes de los veinte años

Variables independientes	Indicadores
⊃ Nivel educativo	⊃ Grado de escolaridad
⊃ Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos	⊃ Número y tipo de métodos anticonceptivos que conoce ⊃ Razón por la que ha utilizado o no, los métodos anticonceptivos
⊃ Comportamiento sexual	⊃ Edad de inicio de las relaciones sexuales ⊃ Estado civil ⊃ Persona con quien tuvo la primera relación sexual ⊃ Utilización de un método anticonceptivo en la primera relación sexual
⊃ Comportamiento reproductivo	⊃ Número de embarazos ⊃ Número de hijos nacidos vivos ⊃ Número de hijos nacidos muertos ⊃ Número de abortos ⊃ Número ideal de hijos ⊃ Importancia que le atribuye al embarazo y a los hijos ⊃ Ideas y normas acerca del matrimonio

Estos indicadores se tomaron de la ENPF 1995 y de la ENADID 1997.

4. Diseño de la investigación

Para la realización de esta investigación se utilizaron los métodos analítico y sintético, debido a que se pretendió descomponer el tema de la fecundidad adolescente en las partes que lo integran para así realizar un análisis de las mismas, con el propósito de estudiarlas por separado, esto se hizo necesario por la complejidad del tema, ya que este fenómeno surge de una variedad de factores sociales e individuales que en mayor o menor medida lo van

condicionando, encontrándose en situación similar sus repercusiones. Una vez realizada esta fase se recurrió al método sintético para reunir las partes ya analizadas y concluir examinando al embarazo adolescente en forma global.

La investigación que se llevó a cabo fue de tipo documental, ya que se pretendió hacer un análisis de las características de la fecundidad adolescente a nivel nacional para conocer su impacto sociodemográfico, por lo que se encontró fuera de toda posibilidad para esta investigación el generar su propia información; por ello los datos estadísticos que sirvieron de soporte fueron obtenidos de las bases de los censos, las estadísticas y las encuestas que han realizado el INEGI y el CONAPO sobre la Dinámica Demográfica 1997 y sobre la Planificación Familiar 1995, respectivamente; otra razón por la que se utilizaron estas encuestas es debido a que son en sí mismas una fuente importante de información que debe ser aprovechada y utilizada para la realización de investigaciones en donde la población a estudiar es muy amplia y se encuentra dispersa en todo el territorio mexicano, como para aplicársele técnicas e instrumentos que requieren de un fuerte apoyo financiero y político, por su misma magnitud.

Siguiendo en la misma línea, se recurrió a la información recabada por los cuestionarios que al respecto crearon estas instituciones. Para el análisis de los datos estadísticos se proyectó utilizar el paquete estadístico SPSS: (Statistical Package for the Social Sciences), empleando además, los resultados en cuadro de las encuestas antes mencionadas de los años 1995 y 1997, mismos que fueron generados por el INEGI y por el Doctor Carlos Welti del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, los cuales abarcaban en sus informes e investigaciones, los rubros que complementaron la parte cuantitativa de este trabajo.

En la investigación se realizó una amplia recopilación de material bibliográfico y hemerográfico de primera y segunda mano, siendo estos muy diversos, pues incluso algunas fuentes se encontraban escritas en el idioma inglés. En el caso del material hemerográfico se cuidó que este fuera de revistas especializadas, ya fuera en Salud, Demografía, Sociología o Trabajo Social, en donde se encontraron los reportes de los resultados obtenidos en determinados estudios con la población objeto de la investigación.

En ocasiones y debido a la cantidad de información que se utilizó se llegaron a encontrar divergencias, sobre todo en referencia a las cifras reportadas, pues mientras unos manejaban porcentajes, otros explicaban mediante números decimales, no contando al momento, con las fuentes primarias para hacer las conversiones y así uniformar las cantidades.

Siendo tantos y tan diversos los documentos consultados, se encontró diferentes formas en que se abordaba a la fecundidad adolescente, teniendo algunos, muy pocos, tintes feministas, sin embargo, en general predominó en estos, la línea que calificaba a este fenómeno como un problema social, el cual debe ser atendido mediante la participación activa de la sociedad, valiéndose para ello de la educación social.

Ahora bien, cabe mencionar que no se encontró una teoría que se enfocara al estudio y explicación del embarazo adolescente, pues éste es un problema medianamente estudiado, sobre todo en México, no así en otros países; no obstante lo anterior, sí se distinguió a ciertos autores e instituciones que se abocan al estudio de este tema, como son: Mayra Buvinic, Lucille Atkin, Javier Alatorre Rico, Eugenio Carpintero, Claudio Stern, Susan Moore, Rosenthal Doreen, Frank Furstenberg y Carlos Welti, así como el INEGI, el CONAPO, el Population Reference Bureau y el Instituto Alan Guttmacher. Ellos fueron los investigadores más representativos de

este fenómeno, y son los que de diversas formas van configurando el estudio y explicación del mismo, sin llegar a la elaboración de una teoría al respecto.

A lo largo de la investigación predominó el enfoque humanista, puesto que en todo momento se tuvo presente que las cifras y las situaciones de las que se hablan, son más que números y hechos aislados, ya que corresponden a adolescentes mexicanas, y que cada una por sí sola es tan valiosa y representa en sí misma, la problemática de todo su grupo social, por tales razones es que se afirma que el estudio fue estructurado desde un punto de vista de Trabajo Social, que como profesión, no tomó enfoques o formas de abordar este fenómeno a otras ciencias del conocimiento humano, aunque sí se valió de herramientas y de conocimientos que éstos han generado para la estructuración y enriquecimiento del trabajo.

Su alcance temporal fue sincrónico y retrospectivo, ya que se tomó en cuenta básicamente los datos estadísticos de 1995 a la fecha. Asimismo, se pretendió alcanzar una amplitud macrosocial, al intervenir la Demografía y el Trabajo Social en este estudio.

Y al conjuntar los datos estadísticos y la investigación documental y realizar un examen de los mismos se buscó que esta investigación tuviera un carácter cuantitativo y cualitativo, en donde si bien importaba conocer los datos sobre la fecundidad adolescente, más importante era el interpretarlos para definir sus características desde un punto de vista social y demográfico, así como identificar las tendencias hacia las que se orientaba la fecundidad adolescente en México para de esta forma comprobar la hipótesis planteada en el proyecto de investigación.

Por último, desde un primer momento se proyectó llegar al nivel descriptivo, al mostrar las características y tendencias de este problema, establecer asociaciones entre variables, así como describirlas, dando un diagnóstico a nivel nacional del embarazo adolescente y concluyendo con una propuesta de política social que respondiera al mismo, presentando la exposición final del informe en una tesis de licenciatura en Trabajo Social.

4.1 Universo de trabajo

La población que se estudió fue el total de las mujeres que se encontraban registradas en las encuestas utilizadas y que al momento de contestarlas estaban embarazadas siendo adolescentes, o que dijeron haber tenido un embarazo durante su adolescencia.

Es de destacar que si bien en el embarazo precoz se ve involucrada una pareja, hombre y mujer, por las mismas características de la situación es más fácil detectar a la población femenina que vive esta situación, que a los varones que han embarazado a sus parejas durante la adolescencia, por tal razón, son pocos los estudios que existen al respecto, y es por eso y por la amplitud de los demás temas, que no se incluyó un apartado especialmente dedicado a dichos jóvenes, siendo muy someros los datos y las situaciones en que se llegó a hablar de ellos.

CAPÍTULO I ADOLESCENCIA Y FECUNDIDAD

1.1 Adolescencia

La adolescencia es un periodo trascendental para el desarrollo del ser humano, esta etapa se caracteriza por una infinidad de cambios biológicos, psicológicos y sociales que afectan a los individuos, y por el enfrentamiento con presiones, conflictos y situaciones que habrán de repercutir en su vida futura, como es el decidir que actividad económica habrán de desempeñar durante los próximos años, si inician su actividad sexual, se casan o comienzan a tener hijos, e incluso si adoptan algún vicio. De todas las situaciones antes mencionadas, el inicio de la historia genésica de las adolescentes, con todas sus causas y repercusiones, es el tema de este estudio y para abordarlo es necesario previamente hacer una breve descripción de esta fase de la vida.

Las transformaciones de la adolescencia son vividas cada día por más individuos, dado el aumento de la población juvenil en todo el mundo, ya que según las Naciones Unidas, (1994 en *Giacomán, 1997*) una quinta parte del total de la población son adolescentes entre los 10 y los 19 años, por tanto, esta es la generación más grande de jóvenes a nivel mundial (*"La Vida Sexual", 1998*), pues tan solo en América Latina, el 20 por ciento de la población general son adolescentes; en tanto que países como México, Bangladesh, Pakistán, Irán y Etiopía tienen la población más joven del planeta, ya que al menos la mitad de sus habitantes son menores de 20 años (*Giacomán, 1997*).

La idea de un periodo entre la madurez sexual y la asunción de las responsabilidades como adulto, conocida como adolescencia, es una noción relativamente joven. Aun cuando los romanos admitían la existencia de un estado intermedio entre el niño y la persona joven (*Rocheblave, 1989*), en las sociedades preindustriales se dejó de lado esta noción, ya que la norma era el matrimonio y la procreación temprana poco después de que se diera la menarca o máximo cuatro años después de iniciada (*"Los Jóvenes Preparación", 1998*); por ello los individuos, sobre todo las mujeres, no vivían ni concebían a la adolescencia como actualmente se le considera, ya que de la infancia debían pasar a asumir las labores y responsabilidades que se les confería a los adultos, por tal motivo, a la mujer se le preparaba desde muy temprana edad para ser madre y esposa, mientras que al hombre se le entrenaba en un oficio o profesión que le permitiera sostener económicamente a su futura familia.

Diversos pensadores consideran que la idea de la adolescencia surgió en este siglo, otros señalan que fue en el siglo XIX, teniendo su origen en la industrialización y urbanización la cual, fue demandando cada vez más de individuos preparados y entrenados, mismos que necesitaban una educación y capacitación más prolongada para el ingreso en la vida social y económica fuera del hogar, permitiendo así, el desarrollo de características específicas que distinguen a dicha fase, lo que a su vez ha contribuido a la extensión de la adolescencia. Esta idea de adolescencia como una etapa particular de la vida y diferente a la niñez y la edad adulta se ha visto intensificada por la madurez sexual más temprana, el matrimonio más tardío, los cambios en las formas de la familia (*"Los Jóvenes Preparación", 1998*) y la influencia de los medios de comunicación como creadores e impulsores de estereotipos juveniles.

1.1.1 Definición de adolescencia

El término adolescencia se deriva de la voz latina *adolescere* y su significado, aun cuando no se ha logrado establecer con precisión, se considera que podría ser: crecer o desarrollarse, o crecer con dolor (Molinari y Aguilar, 1993). La adolescencia era considerada por los romanos como un proceso y no como un estado relativamente estable y acabado, era vista como un paso de un estadio a otro, en este caso de niño a joven (Rocheblave, 1989).

Algunas de las definiciones de adolescencia son las siguientes:

Es *"el periodo de la vida del individuo durante el cual la sociedad en donde se desenvuelve deja de considerarlo como niño, porque con su madurez alcanzará la función de adulto en plenitud."* (Barrera y Kerdel, 1987, p. 13). Esta es una definición sociológica, en donde marca a la adolescencia como una etapa transicional que permite a la persona concluir con su niñez, al mismo tiempo que se prepara para los roles que como adulto joven habrá de desempeñar.

La adolescencia es: *"el periodo del desarrollo del ser humano durante el cual se realizan una serie de cambios o de integraciones bio-psico-sociales suficientes y necesarias como para que el niño se transforme y asuma el papel de adulto integrado a la sociedad"* (Barrera y Kerdel, 1987, p. 14). Lo que caracteriza a la adolescencia es una manera diferente de sentir y ver la vida; nuevamente se hace mención de que el producto que resultara de este proceso llamado adolescencia será un adulto joven que deberá responder a las expectativas y pautas culturales, sociales y económicas de la sociedad y grupos a los que pertenece, esta definición además, hace énfasis en que en esta etapa el individuo estará sujeto a fuertes cambios que afectarán su cuerpo, tanto interna como externamente, los cuales modificarán su forma de percibirse y su autoconcepto, además de ello, adquirirá un nuevo estatus distinto al que tenía de niño.

Por su parte Rico de Alonso (1986) considera a la adolescencia como *"una etapa transicional entre la niñez y la edad adulta, caracterizada por cambios biológicos a los que se asocian conductas, reacciones y definiciones culturales."*, esta descripción subraya, que si bien la adolescencia es una sucesión de modificaciones fisiológicas, anatómicas y sexuales, iniciadas por los factores neurológicos y endocrinos, el impacto que estos cambios tienen en la persona es tal que afectan a las demás áreas que conforman al individuo, como son los aspectos psicológicos y sociales, iniciando un proceso total de transformación y adaptación del individuo.

La adolescencia es *"una fase cronológica comprendida entre los 10 y 20 años de edad (de 10 a 18 para las mujeres y de 12 a 20 o 21 para los varones)"* (Barrera y Kerdel, 1987, p. 13); cabe recordar que no se ha logrado definir una edad exacta en la cual comienza y termina la adolescencia, debido a que existen amplias variaciones individuales y culturales, por ello, algunos autores señalan que va de los 11 a los 22 años (Molinari y Aguilar, 1993), mientras que otros consideran que inicia entre los 12 o los 13 años y concluye a los 20 años (Rubín y Kirkendall, 1987).

Por su parte, la Convención sobre los Derechos del Niño (1996, p. 8), define, en su artículo primero, al niño como *"...todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad."* Esta Convención, aprobada y ratificada en México en 1990, extiende el periodo de la niñez hasta los 18 años, exceptuando los casos en que el menor ya se ha emancipado por efecto del matrimonio

(Código Civil, 1997, p 159-160). Su finalidad es hacer extensivos estos derechos a todos los menores de edad. Por tanto, los adolescentes son considerados como niños, jóvenes, púberes o adolescentes según el contexto social y los documento que rigen al país; aunque en este caso, los jóvenes cuentan con una ventaja al estar incluidos dentro de esta Convención por los derechos que en ella se contemplan.

La adolescencia tiene un inicio biológico y un término psicosocial (Monroy y Mora, 1980), el criterio que se utiliza para establecer la conclusión de este periodo depende del grado de la adaptación social, sexual, ideológica y vocacional mas que de la edad cronológica en si (Molinari y Aguilar, 1993). Al respecto, lo único que se ha logrado establecer a través de los estudios, es que aparece antes en las niñas que en los varones (Rubin y Kirkendall, 1987).

Algunas de las características que se han señalado que podrían indicar la resolución de la adolescencia son: la separación e independencia de los padres, el retorno a ellos en una nueva relación fundada en una igualdad relativa, el establecimiento de la identidad sexual, la capacidad de mantener relaciones duraderas y de unir el amor sexual genital con las emociones de ternura y afecto en dichas relaciones, la elaboración de un sistema personal de valores éticos y la aceptación de un trabajo (Monroy y Mora, 1980), entre otros aspectos.

Mismos que vienen a mostrar que mas que características biológicas que indiquen la finalización de esta etapa, son aspectos sociales e individuales, estrechamente relacionados con las normas y costumbres de la sociedad en que la persona se desenvuelve, los que permiten aseverar que el adolescente ha iniciado su adultez.

En cuanto a las fases que comprenden la adolescencia, algunos autores coinciden en señalar que esta se divide en tres etapas: adolescencia temprana, (11 a 14) adolescencia media (15 a 18) y adolescencia tardía (19 a 22) (Molinari y Aguilar, 1993). Mientras que otros señalan que solo se puede hablar de la adolescencia temprana y tardía, con una duración aproximada de los 10 a los 14 años y de los 15 a los 19 años, respectivamente (Monroy y Mora, 1980) mismas que serán descritas posteriormente.

Concluyendo este apartado, se considerará, para fines de esta investigación, a la adolescencia como una *etapa intermedia entre la niñez y la edad adulta, con características propias, en donde la persona experimenta una serie de modificaciones biológicas, psicológicas y sociales, que la llevan a la búsqueda de una identidad propia y a alcanzar un lugar como adulto, por medio del cuestionamiento, la aceptación y la adaptación de si mismo y de las condiciones sociales, económicas y culturales de su sociedad.*

1.1.2 Pubertad

Biológicamente la adolescencia comienza con la pubertad, término médico que "señala los cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos que el individuo experimenta a lo largo de este proceso" (Molinari y Aguilar, 1993, p.18). El término pubertad proviene de la palabra latina *pubertas* que significa "la edad de la hombría" (Conger, 1980).

La pubertad es: "el desarrollo físico de la adolescencia" (Monroy y Mora, 1980, p.30), y se refiere a la primera fase de la misma durante la cual se manifiesta la maduración sexual de los individuos (Conger, 1980). Su inicio se da en promedio, a los 10 años y medio en las niñas y

a los 11 años y medio en los varones, aunque existen variaciones entre una persona y otra en la edad en que esta comienza y la duración de la misma (*Fuertes et. al., 1995*).

1.1.2.1 Manifestaciones anatómicas y fisiológicas de la pubertad

Durante la pubertad comienzan diversas alteraciones fisiológicas generales y una serie de cambios referentes a lo sexual que darán paso a la maduración de los órganos sexuales, (*Rubin y Kirkendall, 1987; Fuertes et.al.,1995; Rico de Alonso, 1986*). Las transformaciones que se dan durante la adolescencia son parecidas, por lo que se pueden tipificar, pero tendrán una diversidad de variaciones y expresiones en cada individuo, de acuerdo a su núcleo familiar y a los factores socioculturales que lo circunden. Por lo que existen diversas formas de alcanzar la meta de llegar a ser adulto.

La pubertad se distingue porque en ella comienza la actividad hormonal que esta bajo la influencia del sistema nervioso central, ya que tanto el crecimiento físico como la madurez sexual están controladas por las hormonas secretadas por las glándulas endocrinas, las cuales a su vez comienzan a funcionar debido a las señales emitidas por el hipotálamo, lo cual solo puede suceder una vez que este ha madurado lo suficiente. La señal estimula la glándula pituitaria, ubicada debajo de la base del cerebro, para liberar las hormonas que tienen diversos efectos estimulantes sobre otras glándulas endocrinas del cuerpo; de ellas proviene finalmente las hormonas que deberán alterar el crecimiento físico y el desarrollo sexual de los niños (*Conger, 1980*).

Los cambios corporales que suceden en la adolescencia se han clasificado en dos grupos: uno es el de las características primarias y el otro es el de las características secundarias del sexo, dentro del primero se encuentra el desarrollo en los órganos genitales, internos y externos, (*Conger, 1980*) lo que permiten la eyacuación en el hombre y la menstruación en la mujer. En el segundo grupo se incluyen los rasgos físicos que distinguen a los niños de los adultos, en la mujer el desarrollo mamario, la redistribución de la grasa corporal, el ensanchamiento de caderas y la aparición del vello púbico y del axilar; y en el hombre el cambio de voz y crecimiento de la barba, aumento de la musculatura y de la estatura, aparición del vello púbico y del axilar. Y en ambos el aumento de la presión sanguínea, de los latidos cardiacos, del peso del corazón y la activación de las glándulas sudoríparas (*Monroy y Mora, 1980*).

En las mujeres el comienzo de la pubertad viene acompañado por el desarrollo del tejido mamario situado bajo la areola, de forma que empieza a hacerse visible un pequeño montículo denominado botón del pecho. Los ovarios aumentan de tamaño, al igual que las trompas de Falopio, la vagina, los labios vaginales, el clitoris y el útero; asimismo, el endometrio se prepara para que pueda anidar el óvulo, si este es fecundado. Los ovarios quedan bajo el control neuroendócrino, por lo que se establece un patrón de funcionamiento cíclico que llevará a que el ovario libere un óvulo aproximadamente cada mes, iniciando la menstruación periódica. La menarquía como media aparece a la edad de los 12 años (*Fuertes et. al., 1995, p. 235*), casi siempre después de haberse presentado la máxima velocidad de crecimiento en la estatura, y estrechamente relacionada con el peso corporal, (*Conger, 1980*) y puede ser irregular al principio (*Fuertes et. al., 1995, p. 235*), dando a las jóvenes un año, aproximadamente, de esterilidad después de iniciada esta (*Conger, 1980*).

Alrededor de los once años, llega lo que se conoce como el "estirón puberal", en donde el cuerpo experimenta un crecimiento acelerado y un aumento de peso, el tejido adiposo se distribuye sobre todo en las caderas y la pelvis (*Fuertes et. al., 1995, p. 236*) y los senos siguen experimentando una maduración adicional, desarrollándose en la mujer todos los cambios ya mencionados hasta alcanzar la talla y estatura que habrá de tener como adulta.

Mientras que en los varones el primer signo puberal viene dado por el crecimiento de los testículos y de las bolsas escrotales, posteriormente comienza a aparecer el vello púbico, y algún tiempo después se da el crecimiento longitudinal del pene. También se inicia el crecimiento del vello axilar y el del vello que se reparte por todo el cuerpo, mientras que la voz se hace más grave a medida que la laringe crece. A la edad de 14 años, por lo menos en la mitad de los hombres, sus testículos empiezan a producir esperma, pudiéndose presentar emisiones nocturnas, esto debido a que los testículos quedan bajo el control neuroendocrino, con el mismo patrón que en los adultos, pero a diferencia de las mujeres, este control establecido sigue un patrón continuo que les permite producir testosterona y espermatozoides de forma constante.

El estirón puberal se da alrededor de los 13 años, por lo que es más tardío que en las mujeres, en él se experimenta un crecimiento estatural, además de un cambio a nivel muscular y un aumento en el tamaño de la areola. Las alteraciones en la estatura y el peso van acompañados de variaciones en las proporciones físicas del niño, así, la cabeza, las manos y los pies son los primeros en alcanzar la talla del adulto, les siguen los brazos y las piernas y finalmente el tronco, estas diferencias en la velocidad de crecimiento de las distintas partes del cuerpo explican los movimientos torpes de algunos jóvenes.

Todas estas modificaciones, como ya se anotaba, son motivadas por los agentes neurológicos y endocrinos, quienes son los responsables directos de la aparición de la pubertad, sin olvidar la influencia de los factores genéticos, los constitucionales, los étnicos y las condiciones nutricionales en las que se encuentre la persona.

1.1.3 Cambios psicológicos y sociales en la adolescencia

Las transformaciones tan rápidas hacen que el adolescente preste atención especial a su cuerpo y comience a desarrollar nuevos sentimientos y actitudes hacia él, en este sentido pueden jugar un papel importante los estereotipos que se han construido con relación a la belleza, mismos que pueden contribuir a la seguridad y autoestima de los adolescentes que se asemejan a ellos, a su vez que aquellos que no cumplen con estos patrones pueden ver mermada su autoestima (*Fuertes et. al., 1995*).

Debido a la infinidad de cambios biológicos y psicosociales que el adolescente enfrenta es común que se presenten crisis, conflictos, ansiedades y angustias provocadas por sus relaciones personales, anhelos y percepción de sí mismo.

En lo psicológico, el adolescente experimentará nuevas necesidades y capacidades que lo llevarán a hacer ajustes mentales para diferenciar la conducta de un niño de la de un adulto (*Fuertes et. al., 1995; Rubin y Kirkendall, 1987*) y se orientará a la búsqueda de su propia identidad ya que, según la teoría del desarrollo de la personalidad de Erikson (*en Rubin y Kirkendall, 1987*), el problema central de la adolescencia es el establecimiento de un sentido de identidad, en donde el joven busca desarrollar un sentimiento del propio yo diferenciado de los

demás, por ello se pregunta quién es y cómo desea ser, también ensaya una serie de conductas y se rebela a todo aquello que no le permite decidir por su propia cuenta (*Monroy y Mora, 1980*).

Para alcanzar su desarrollo como adulto el adolescente requiere buscar su independencia, de ahí que abandone parcialmente la relación afectiva con sus padres, perdiendo un apoyo importante durante los momentos de crisis que se le presentarán en esta etapa. Sus padres, junto con los profesores y demás figuras de autoridad, pasan a ser el blanco de sus críticas, asimismo emprende una reevaluación de éstos y de sus actitudes (*Monroy y Mora, 1980*), encontrándolos en ocasiones injustos ante sus peticiones y opiniones, en tanto que busca otras figuras que no amenacen su libertad.

Así el niño, que hasta ese momento ha sido un ser dependiente de sus padres, cada vez va requiriendo de mayor independencia y autonomía, el lugar preponderante que hasta ese momento había ocupado la familia pasa a tenerlo el grupo de iguales, ya que en él encuentra un espacio para expresarse y sentirse valorado (*Rubin y Kirkendall, 1987; Fuertes et.al., 1995*).

El círculo de amigos le proporciona un estatus y una identidad social, los amigos son además, un refuerzo a sus creencias y actitudes, a la vez que se transmiten entre sí valores de clase social y centran la resistencia contra las normas de los adultos y contra su autoridad (*Rubin y Kirkendall, 1987*). Es común que formen grupos cerrados, debido a la necesidad de seguridad que tienen, pues para ellos es muy importante ser aceptados por su propio círculo y por temor al rechazo copian actitudes, utilizan un lenguaje común que los distingue de otros grupos y buscan seguir la moda (*Monroy y Mora, 1980*). La fuerza de su influencia radica en que las personas eligen a sus amigos, siendo este el único canal de socialización que presenta la característica de selección y libertad (*Fernández 1982*) por todo ello, sirven como la principal institución de entrenamiento durante la adolescencia.

Durante esta etapa el adolescente comienza a buscar su propio lugar en la sociedad y a elaborar lo que serán sus valores éticos y los fines que tratará de alcanzar en su vida, a partir de la crítica y el análisis de los valores que predominan en la sociedad, ya que en esta edad se da una transición del pensamiento concreto al abstracto (hipotético deductivo), por ello, las ideas hasta ese momento inamovibles son puestas en tela de juicio, (*Rubin y Kirkendall, 1987; Fuertes, et.al. 1995; Monroy y Mora, 1980*) ejercitando así, su capacidad de pensamiento y razonamiento. Por otra parte, ésta es una época en donde el joven despliega gran creatividad e idealismo y muestra mayores preocupaciones sociales y filosóficas (*Monroy y Mora, 1980*).

Otras características pueden ser encontradas en los adolescentes según la etapa que estén viviendo, por ejemplo, en la adolescencia temprana disminuyen la dependencia paterna y aumentan la interacción social, se muestran extremistas y agresivos, realizando una actividad continua que exterioriza los impulsos internos que están en proceso de transformación. Con el funcionamiento hormonal aparece todo un desequilibrio emocional que se manifiesta en la actividad física, por lo que los deportes cobran una gran importancia y en cambio el funcionamiento intelectual se estanca y comienza la atracción sexual (*Monroy y Mora, 1980*).

En la segunda fase de la adolescencia (adolescencia tardía) el joven inicia su heterosexualidad con citas y noviazgos, va adquiriendo un mayor control sobre sus impulsos agresivos, sus cambios de humor son menos bruscos, se nota una mayor preocupación por su apariencia personal, usa más la lógica, la autoobservación y la autocrítica, muestra interés por

aspectos filosóficos y sociales y se llena de ideales, además, su autonomía e independencia son muy importantes para su identidad (*Monroy y Mora, 1980*).

Y en el plano laboral, la adolescencia es una época para el entrenamiento educativo de los jóvenes, pues es el momento de iniciar y en ocasiones concluir la preparación vocacional y de desarrollar nuevas capacidades que les permitan su integración a un empleo (*Holtz y colaboradores, 1997; Fuertes, et. al. 1995*) ya que en los últimos años de la adolescencia, éstos necesitan ir asumiendo cada vez mayores responsabilidades en el aspecto económico, e incluso en las naciones en desarrollo, una cantidad importante de personas deben trabajar desde muy temprana edad, muchos de ellos cuando aun son niños, ello debido a problemas estructurales de orden económico y social que privan en diferentes países, incluyendo a México.

Por todo ello es posible afirmar que todas las dificultades a las que se enfrentan los adolescentes se ven aumentadas por las rápidas transformaciones sociales que se viven, en donde se tienen que ajustar a sus propios problemas y a una sociedad en constante cambio.

1.1.4 Inicio de la maduración sexual

En la adolescencia se da, además de otras modificaciones fisiológicas, la maduración de los órganos sexuales y la aparición de los caracteres sexuales secundarios, lo que permite que los jóvenes experimenten un afloramiento de la sexualidad y la capacidad reproductiva (*Rubín y Kirkendall, 1987; Rico, 1986*).

El deseo sexual creará nuevas necesidades de relacionarse afectiva y sexualmente con alguna persona, este deseo es motivado por los cambios hormonales que se desencadenan en la adolescencia, concretamente por el incremento de las hormonas sexuales, que incluyen a los andrógenos, hormonas masculinas como la testosterona, y los estrógenos, que son hormonas femeninas (*Conger, 1980*).

En esta etapa aparece también el enamoramiento, el cual conlleva el deseo y la atracción sexual, pero se considera que va más allá, ya que implica un anhelo de unión y de reciprocidad absoluta con la otra persona a la que se le confiere un valor único e insustituible (*Conger, 1980*). Asimismo, es común el enamoramiento platónico hacia los artistas, profesores o deportistas (*Monroy y Mora, 1980*).

Los impulsos sexuales se ponen de manifiesto pero como aún no ha alcanzado la madurez psicológica y social para acceder al matrimonio, el adolescente cuenta con otras alternativas para satisfacerlos, las cuales seleccionará según sea su edad, sexo, tipo de educación recibida y los aspectos situacionales que le toquen vivir, estas opciones son: la abstinencia, las caricias sexuales, la masturbación, la prostitución, exclusiva para varones, o las relaciones premaritales (*Monroy y Mora, 1980*), mismas que parecieran ir en aumento entre la población adolescente en los últimos años.

Anteriormente los jóvenes se encontraban muy reprimidos sexualmente, la sociedad sancionaba a aquellos que se atrevían a romper las normas que al respecto regían, lo que no impedía que se sucedieran las relaciones sexuales de los adolescentes, cobijadas por la doble moral, que aún hoy en día existe; pero a partir de la década de los 60 se desarrolló una nueva ética sexual en diferentes países, la cual produjo una mayor franqueza y honestidad acerca del

sexo, así como una tendencia a considerar las decisiones sobre el comportamiento sexual de la persona como un asunto que solo incumbe a ésta y a las personas involucradas (Conger, 1980).

Como resultado de la liberación de las normas y costumbres sexuales en las sociedades contemporáneas, los jóvenes se muestran cada vez más tolerantes en cuanto a las relaciones sexuales se refiere, en las cuales no siempre utilizan algún método anticonceptivo; aunado a ello, es natural que como parte importante del crecimiento y madurez, los adolescentes corran riesgos, pero algunos pueden ser más peligrosos, sobre todo si se combinan con la ingesta de alcohol o estupefacientes, ya que la persona no se encuentra en condiciones de evitar las prácticas sexuales de riesgo, por tanto, puede ser contagiado por una enfermedad de transmisión sexual o por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o puede suceder un embarazo no deseado (Friedman, 1994).

1.2 Fecundidad adolescente

Esta última consecuencia, el embarazo en la adolescencia, es el tema de este estudio, por ello es necesario definir a la **fecundidad adolescente**, la cual es considerada, a grandes rasgos, como: **el embarazo que se sucede antes de que la mujer cumpla los veinte años**.

La mayoría de las investigaciones que se hacen al respecto convienen en utilizar la edad de 15 a 19 años como el rango de estudio en que mayormente puede darse esta maternidad, sin descuidar que una gran proporción de niñas están aptas fisiológicamente para concebir a una edad de 13 o 14 años, lo que se podría denominar fecundidad infantil (Welti, 1995 a), aunque este fenómeno, en el caso de México, parece presentarse en muy baja proporción, ya que tan solo en el Censo de 1990 realizado por el INEGI, este tipo de fecundidad se registró en un uno por ciento a nivel nacional, teniendo Chiapas un porcentaje ligeramente mayor. En tanto que aproximadamente el 12 por ciento de las adolescentes entre 15 y 19 años habían tenido al menos un hijo vivo para ese mismo año (Welti, 1995 a).

Al respecto, y bajo la visión del trabajador social, más que considerar números y porcentajes, mismos que se mencionarán bastante a lo largo del estudio, se debe tener muy presente que se estará hablando de personas, adolescentes y sus hijos principalmente, los cuales se enfrentan a diversas dificultades e importantes repercusiones a nivel individual y social, por ello, las jóvenes necesitan conocer que la segunda década de su vida es un periodo crítico de construcción y vulnerabilidad que no tiene porque terminar con un matrimonio y con la maternidad, ya que estas situaciones afectan profundamente su vida y la de su descendencia.

CAPÍTULO II ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN MÉXICO

El presente capítulo está dedicado al análisis estadístico del embarazo adolescente en el país, el cual fue realizado en base a la información que tanto el Consejo Nacional de Población, mediante la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENPF), como el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, a través de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), generaron en los años de 1995 y 1997, respectivamente.

Cabe mencionar que se colocó en segundo lugar este apartado con la finalidad de dar una visión general sobre la fecundidad adolescente en México, para así contar con referencias numéricas al respecto y comenzar a examinar, en los siguientes capítulos, tanto las causas que conducen al inicio temprano de las relaciones sexuales y de la maternidad, como las diversas implicaciones socioeconómicas y culturales que este hecho genera en las adolescentes y en sus hijos. Ahora bien, todo esto se realizará dando preferencia a la parte cualitativa, pero sin dejar de mencionar aquellos estudios estadísticos que por su naturaleza y por la información que aportan, darán sustento y robustecerán los comentarios que aparecen durante el desarrollo del presente trabajo, ya que hacen referencia a determinados hechos y realidades directamente relacionados con el tema. Asimismo, se debe puntualizar que se utilizarán mayoritariamente cifras generadas por distintos estudios en México, pues los datos que tienen que ver con otros países se emplearán solo como mera referencia y como elementos que permitirán establecer puntos de comparación.

2.1 Características generales de la población adolescente en el país

Para estudiar a las adolescentes embarazadas es necesario caracterizarlas a grandes rasgos, por ello se presenta el número total de la población femenina de 15 a 19 años y el nivel educativo que estas mujeres tienen, ya que son variables importantes para conocer a este sector de la población mexicana.

Cuadro 1
Población femenina de 15 a 49 años por grupos quinquenales de edad.
México 1997

<i>Grupos quinquenales de edad</i>	<i>Población femenina de 15 a 49 años</i>
15-19	5 067 327
20-24	4 675 563
25-29	4 165 587
30-34	3 617 453
35-39	3 176 730
40-44	2 592 843
45-49	2 094 100
TOTAL	25 389 603

El total de la población de 15 a 19 años, contabilizada por el INEGI, para 1997, dentro de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), fue de 5 067 327 mujeres (cuadro 1), lo cual equivale a un 19.96 por ciento del total de la población de mujeres de 15 a 49 años. Por tanto, estas serán las cifras que se manejarán durante todo el capítulo al referirse al total de la población adolescente, amén de un segundo universo que es el de las adolescentes que han estado alguna vez embarazadas entre los años de 1995 a 1997, que es cuando se aplicaron las dos encuestas en que se apoya esta investigación, ya que ésta es la población que propiamente interesa y la cual se analizará en los siguientes cuadros.

Cuadro 2
Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 49 años por grupos quinquenales de edad según nivel de instrucción. México 1997

Grupos quinquenales de edad	Población femenina de 15 a 49 años	Sin instrucción	Primaria incompleta	Primaria completa	Instrucción media básica ¹	Instrucción media superior y superior ²	No especificado
Estados Unidos Mexicanos	100.00	6.10	17.45	20.33	23.62	32.23	0.27
15-19	100.00	1.94	10.28	18.95	37.06	31.67	0.10
20-24	100.00	2.69	11.34	19.84	27.10	38.80	0.23
25-29	100.00	3.91	14.39	18.81	24.12	38.51	0.26
30-34	100.00	5.91	17.77	20.72	19.43	35.83	0.34
35-39	100.00	8.75	23.09	21.63	16.21	30.04	0.28
40-44	100.00	11.51	28.77	23.17	14.74	21.43	0.38
45-49	100.00	17.58	31.01	21.53	12.44	16.97	0.47

¹ Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en secundaria o carrera técnica o comercial con primaria terminada.

² Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en preparatoria o equivalente normal básica, profesional, maestría o doctorado.¹

Fuente: ENADID 1997

El nivel de escolaridad del total de las jóvenes de 15 a 19 años, se concentra mayormente en la educación media básica, así como en la media superior y superior con cerca de un 70 por ciento entre ambos rubros (cuadro 2), lo que equivale a 3 482 774 adolescentes que cuentan, por lo menos, con algún grado de secundaria. Asimismo, poco menos de un tercio de la población juvenil solo ha cursado la primaria, sin embargo, estos datos son menores a las cifras de educación de los grupos de mujeres de mayor edad, en donde se puede observar que existe un mayor porcentaje que tienen un bajo nivel de escolaridad, ya que más de la mitad de aquellas que tienen entre 45 y 49 años, solo cursaron algún grado de primaria, además de que es muy alto el porcentaje que menciona no contar con ningún grado de educación formal, lo cual se encuentra fuertemente vinculado a factores sociales y económicos de las familias de origen de estas mujeres, mismos que les impidió terminar sus estudios en su niñez y juventud.

Contrario a lo anterior, los datos permiten observar que las generaciones más jóvenes tienen más instrucción, tanto primaria como media superior y superior, pues por ejemplo es muy bajo el número de aquellas que no cursaron por lo menos un grado de educación básica, siendo de entre dos y tres por ciento en estos grupos, lo cual muestra que las adolescentes de hoy han contado con la protección y los conocimientos que brinda la educación formal, esto debido a

¹ Los datos que se refieren a algún grado de estudio de licenciatura, maestría o doctorado no son válidos para el sector adolescente por su misma edad, pero sí para los otros rangos de edad incluidos en la tabla dos.

los cambios sociales, económicos e históricos que se han presentado en los últimos años, lo que puede explicar en parte la disminución en los índices de fecundidad global y de fecundidad adolescente. Este hecho también ha influido positivamente en la edad al momento de iniciar la vida sexual y conyugal de las mismas.

2.2 Tasas globales y específicas de fecundidad

Las tasas específicas de fecundidad permiten observar la dinámica demográfica que el país ha experimentado en relación al número de nacimientos en las últimas décadas. Por lo que también se puede estudiar el desarrollo de la fecundidad adolescente en estos mismos años.

Cuadro 3
Tasas específicas de fecundidad por edad y periodos quinquenales
total nacional 1997

Grupos de edad	Quinquenios					
	1997-1993	1992-1988	1987-1983	1982-1978	1977-1973	1972-1967
15-19	78	87	98	115	128	121
20-24	152	188	207	226	275	274
25-29	147	173	195	228	278	342
30-34	103	125	147	181	275	-
35-39	56	74	100	69	-	-
40-44	20	32	-	-	-	-
45-49	7	-	-	-	-	-
TGF	2.81	3.43	3.93	-	-	-

Fuente: Weib, 2000 en base a la ENADID 1997

Tasa por 1000 mujeres.

Con base a la ENADID 1997, se puede observar que entre 1967 y 1982 la mayoría de los embarazos se sucedían en las edades de 25 a 29 años (cuadro 3), y se extendían hasta la edad de 34 años, sin embargo, de esta fecha a 1997 la mayor concentración de embarazos se ha presentado en el rango de edad de 20 a 24 años, dándose significativas disminuciones a medida que las mujeres tienen más edad, lo que significa que ellas, una vez que van teniendo los hijos que desean, van limitando sus embarazos, utilizando incluso hasta ese momento, los métodos anticonceptivos.

También, el cuadro muestra que de 1967 a 1982, la fecundidad precoz permaneció prácticamente estable, sin embargo, de esta fecha a 1997, las tasas comienzan a disminuir de periodo a periodo quinquenal en un 19.0, 28.1 y 35.5 por ciento, respectivamente, todo ello en relación a 1967, por lo que las tasas pasaron de 121 jóvenes embarazadas en ese año, a 78 embarazos adolescentes en 1997, lo cual, aun cuando ha disminuido, sigue siendo un problema, ya que se está hablando que alrededor de 78 de cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años, llegan a embarazarse cuando aún no han concluido su adolescencia, teniendo más probabilidades de enfrentarse a un mayor número de problemas sociales, económicos,

educativos, nutricionales y de salud en general, derivados de las condiciones en que comúnmente se originan y desarrollan los embarazos de estas jóvenes.

Cuadro 4

Tasas globales y específicas a nivel nacional de fecundidad de 1992 a 1996.

Grupo quinquenal de edad	Año				
	1992	1993	1994	1995	1996
TGF Estados Unidos	3.1868	3.2056	2.9626	2.8638	2.7501
Mexicanos					
15-19 años	0.0882	0.0871	0.0808	0.0775	0.0743

Fuente: ENADID 1997
Tasa por 1000 mujeres

Como complemento a lo anterior, es posible observar que la tasa global de fecundidad de 1992 a 1996 pasó de 3.1 hijos por mujeres en edad fértil, a 2.7 hijos en mujeres de la misma condición (cuadro 4), mientras que el embarazo precoz pasó, en ese mismo quinquenio, de 0.08 a 0.07 hijos por cada adolescente embarazada, disminuyendo una décima en cinco años.

Cuadro 5

Distribución porcentual a nivel nacional de las tasas específicas de la fecundidad adolescente durante el quinquenio de 1992 a 1996.

Año	1992	1993	1994	1995	1996
15-19 años	13.84	13.59	13.64	13.53	13.52

Fuente: ENADID 1997
Tasa por 1000 mujeres

Lo que en términos porcentuales muestra que la fecundidad adolescente alcanzó, en el país en estos años, un 13.65 por ciento del total de la fecundidad nacional, sin embargo esta cifra presenta variaciones por año (cuadro 5), ya que a excepción de 1994, los porcentajes van disminuyendo, pasando de 13.84 por ciento en 1992 a un 13.52 por ciento en 1996, lo que no permite afirmar que este tipo de embarazos sean cada vez más frecuentes entre las jóvenes mexicanas, no obstante esto, si es un problema sociodemográfico y de salud que se debe atender, buscando a la par continuar disminuyéndolo.

Cuadro 6

Participación porcentual a nivel nacional de las tasas específicas de la fecundidad adolescente en la fecundidad total durante el quinquenio 1992 a 1996 por nivel de instrucción.

Nivel de instrucción	15-19 años
Total nacional para este grupo de edad	13.65
Sin instrucción	20.61
Primaria incompleta	19.52
Primaria completa	18.47
Media básica ¹	15.97
Media superior y superior ²	6.49

¹ Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en secundaria o carrera técnica o comercial con primaria terminada.

² Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en preparatoria o equivalente, normal básica o profesional.

Fuente: ENADID 1997

Tasa por 1000 mujeres

Asimismo, al comparar la participación porcentual de las adolescentes en la fecundidad global con el nivel de instrucción de las mismas (cuadro 6), se observa que a menor educación mayor resulta ser el porcentaje de adolescentes embarazadas, en virtud de que las jóvenes que no contaban con ningún grado de escolaridad o que solo habían terminado la primaria representaron el 58.60 por ciento de este universo, mientras que el porcentaje de aquellas que contaban con la educación media superior y superior y se habían embarazado, bajó considerablemente, ello como consecuencia del efecto protector que este tipo de instrucción aporta a los jóvenes para la prevención de embarazos tempranos.

2.3 Cifras del embarazo adolescente en México

Según datos aportados por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica realizada en 1992, (en CONAPO, 1996) se estableció que las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de cumplir 18 años, doce años después de nacido su primogénito, presentaban promedios de 4.8 hijos, en comparación con aquellas que iniciaron su vida reproductiva después de los 23 años, mismas que alcanzaron una descendencia de 3.2 hijos en ese mismo lapso de tiempo.

Cuadro 7

Promedio de hijos nacidos vivos del total de mujeres por grupos de edad, según si iniciaron su historia reproductiva en la adolescencia

México, 1997

Grupos de edad	Madre en la adolescencia		Total
	Si	No	
20-24	1.93	0.29	0.80
25-29	3.06	1.08	1.71
30-34	3.98	1.89	2.64
35-39	4.84	2.50	3.40
40-44	5.56	3.06	4.03
45-49	6.66	3.59	4.75

Fuente: Welby, 2000 en base a la ENADID, 1997

Cuadro 8

Promedio de hijos nacidos vivos de mujeres que han tenido hijos por grupos de edad, según si iniciaron su historia reproductiva en la adolescencia

México, 1997

Grupos de edad	Madre en la adolescencia		Total
	Si	No	
20-24	1.93	1.24	1.69
25-29	3.06	1.76	2.32
30-34	3.98	2.39	3.05
35-39	4.84	2.90	3.71
40-44	5.56	3.45	4.34
45-49	6.66	3.97	5.06

Fuente: Weltri, 2000 en base a la ENADID, 1997

Para 1997 se encuentran cifras interesantes en relación al inicio temprano de la maternidad (cuadro 7 y 8), ya que es posible observar que las mujeres que fueron madres en la adolescencia y aquellas que lo fueron después de esa etapa, muestran variaciones significativas en relación al número de hijos, las cuales se van haciendo más visibles a medida que van teniendo más edad, ya que en el rango de 25 a 29 años (cuadro 8), las diferencias son mayores a un hijo entre uno y otro grupo, aumentando aun más la disparidad en el siguiente rango, hasta llegar al final de la edad reproductiva de éstas, en la que las diferencias son prácticamente de tres hijos más para aquellas que fueron madres adolescentes, cifra que al compararse con las aportadas por la ENADID 1992, muestran que las mujeres que fueron madres en la adolescencia pasaron ese año, de tener 1.6 hijos más que las madres adultas, como ya se anotaba en el párrafo anterior, a tener en 1997, casi tres hijos más que aquellas, por lo que las diferencias, en vez de disminuir, se hicieron aún más evidentes de un quinquenio a otro.

Lo cual viene a mostrar que este tipo de embarazos repercuten en el crecimiento demográfico y por ende contribuyen al incremento de los problemas sociales y económicos derivados del excesivo crecimiento poblacional.

Por tal, la fecundidad adolescente es un fenómeno que puede afectar profundamente la vida de las jóvenes, aun cuando el embarazo haya sido planeado o deseado, por lo que el porcentaje de tales adolescentes, aun sin haberse incrementado en los últimos años, pues incluso bajó levemente de 1992 a 1997, si resulta alarmante por las situaciones que a ellas les genera.

2.4 Inicio de la actividad sexual de las jóvenes

En la actualidad la edad promedio en que las adolescentes inician su actividad sexual es a los 17 años². Una gran parte de estas relaciones tiene lugar dentro de una unión conyugal, aún cuando es importante anotar que se ha experimentado en el país un retraso en la edad a la primera unión, observándose incluso, que a pesar de que una adolescente sea sexualmente activa, este hecho no indica que forzosamente llegará al matrimonio con esa pareja, sobre todo porque el factor "embarazo temprano" ha disminuido.

Cuadro 9
Porcentaje acumulado del total de mujeres,
según edad a la primera relación sexual por generación.
México 1995

Edad a la primera relación sexual	Generación						
	1976-1980	1971-1975	1966-1970	1961-1965	1956-1960	1951-1955	1946-1950
Antes de 15	4.6	3.6	3.6	7.3	10.0	12.7	10.6
Antes de 16	-	9.4	9.9	12.1	15.7	22.0	19.2
Antes de 17	-	15.5	18.4	23.0	28.3	29.2	29.6
Antes de 18	-	25.4	23.2	36.2	39.2	36.5	37.3
Antes de 19	-	36.4	32.6	45.6	50.0	49.4	47.5
Antes de 20	-	45.1	42.9	52.0	60.6	59.0	55.0
Antes de 21	-	-	52.1	61.1	65.2	65.4	66.7
Antes de 22	-	-	60.8	68.3	69.8	71.9	70.7
Antes de 23	-	-	67.6	72.7	75.0	76.5	81.0
Antes de 24	-	-	70.8	75.4	78.6	79.5	85.0
Antes de 25	-	-	74.0	79.1	83.0	81.4	87.5

Fuente: Welti, 2000 en base a la ENPF 1995

Ahora bien, haciendo un análisis del comportamiento sexual de las mujeres de mayor edad (cuadro 9), se observa que las generaciones de mujeres adolescentes de 1946 a 1965 iniciaban en más de un 50 por ciento, su actividad sexual antes de cumplir los 20 años, hecho que ha ido disminuyendo como se puede ver, aun cuando siguió manteniendo en los siguientes años, niveles muy altos de iniciación sexual a temprana edad.

Por otro lado, es de destacar que el inicio sexual antes de cumplir los 15 años disminuyó más aceleradamente conforme ha pasado el tiempo, ya que este es más marcado que en las otras edades, pues pasó de un 10.6 a un 4.6 por ciento en tres décadas, dándose una reducción de un seis por ciento. De igual manera, se puede apreciar una gradual disminución al interior de cada una de las edades de entre los 15 y los 19 años en estos mismos decenios, misma que no permite observar una tendencia que indique un inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, no obstante de que el Instituto Alan Guttmacher informó en 1998, en su Estudio Mundial sobre Embarazo Adolescente, que las jóvenes mexicanas comenzaban a tener relaciones sexuales entre los 15 y los 16 años, reportando con ésto un inicio sexual cada vez

² ENADID 1997, cuadro 10 de este capítulo.

más temprano, dándose así una divergencia en cuanto a los datos presentados por una y otra institución.

El que los adolescentes, y en especial las mujeres, inicien su actividad sexual a edades tempranas, implica que estas corren un mayor riesgo de enfrentarse a problemas de salud física e incluso mental, que a su vez se encadenan a conflictos sociales y familiares, aun cuando el problema no es en sí el que las adolescentes sean sexualmente activas, sino su falta de experiencia o de conocimientos para prevenir las consecuencias no deseadas que esta actividad les pudiera originar, entre las que el embarazo figura como una de las dificultades de mayor impacto, por tanto, no se trata de condenar las relaciones sexuales, sino de brindarles a esta población opciones de prevención, a la par que abrirles un abanico más amplio de posibilidades de desarrollo en los distintos ámbitos del ser humano, para mostrarles que la vida va más allá del solo hecho de casarse o tener hijos.

En otro orden de ideas, existen dos aspectos imprescindibles al analizar el inicio de la actividad sexual de las jóvenes, estos son los relacionados con la edad a la primera relación coital y el tipo de relación afectiva que existe entre la adolescente y la persona con quien inicia dicha actividad, ya que estos rubros permiten conocer un poco más acerca del comportamiento sexual de estas mujeres.

Cuadro 10
Distribución porcentual de adolescentes del país
según edad a la primera relación sexual. 1995

<i>Edad</i>	<i>Nacional</i>
12	1.7
13	0.5
14	2.3
15	3.9
16	4.1
17	4.7
18	2.0
19	0.1
No especificado	1.2
Nunca ha tenido	79.5

Fuente: Welby, 2000 en base a la ENPF 1995

Al analizar el inicio de las actividades sexuales por edad (cuadro 10), se tiene que para 1995, el 19.3 por ciento de las jóvenes del total nacional, manifestaron haber tenido su primera relación sexual antes de cumplir los 19 años, destacándose que un 4.5 por ciento ya había iniciado su actividad entre los 12 y los 15 años³, encontrándose por tanto, en mayores riesgos de quedar embarazadas o de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, debido a su misma edad e inexperiencia.

³ Esta cifra se obtuvo de sumar los porcentajes de las edades comprendidas entre los 12 y los 15 años que se encuentran dentro del cuadro número 10.

También se observa que la edad en que la mayoría de las adolescentes iniciaron su actividad sexual es a los 17 años, lo que viene a confirmar los datos que en 1987 proporcionó la Secretaría de Salud con respecto a la edad promedio en que las jóvenes mexicanas comienzan a tener relaciones sexuales, misma que desde 1970 no ha tenido grandes variaciones.

Los factores por los cuales las jóvenes han comenzado a posponer la edad a la primera relación, además del hecho de no estar viviendo dentro de alguna unión conyugal, pueden atribuirse al temor de adquirir alguna enfermedad de tipo sexual, incluyendo al SIDA, o a quedar embarazadas, así también puede considerarse que el que estos adolescentes cuenten con mayor información sexual y estén más expuestos a recibir programas educativos sobre estos temas, que como ya se ha visto, contribuyen en la promoción de la abstinencia sexual y en la utilización de métodos anticonceptivos, son elementos que pudiera estar influyendo en el inicio tardío de las relaciones coitales.

Cuadro 11

Distribución porcentual de adolescentes del país que han tenido relaciones sexuales, según la persona con la que tuvieron la primera relación sexual 1995

<i>Persona con la que tuvieron su primera relación sexual</i>	<i>Nacional</i>
Un conocido	0.2
Un amigo	1.6
Novio	43.7
Prometido	1.7
Esposo	32.4
Compañero	20.2
Otro	0.2
Total	100.0

Fuente: INEGI 2000 en base a la ENPF 1995

En la misma línea, más de la mitad de las adolescentes del país manifiestan que su primera relación sexual ocurrió con su esposo o su compañero (cuadro 11), mientras que el 45.4 por ciento afirma que este hecho se dio con su novio o prometido, lo que corrobora la afirmación al respecto de que las mujeres, en su gran mayoría, sostienen relaciones sexuales con la persona a la que se sienten unidas emocional y afectivamente, ya que las opciones que se refieren al inicio de la actividad coital con un amigo, un conocido u otro, solo suman un dos por ciento, mientras que el inicio sexual con su novio, es la respuesta que mayormente enumeran las jóvenes, y aun cuando este hecho no indica que la pareja estaba dando un paso hacia el matrimonio, ya que la actividad sexual premarital hoy en día es menos sancionada socialmente, y los jóvenes muestran una mayor apertura hacia la misma, también es cierto que una parte importante de las parejas que enfrentan un embarazo adolescente se casan para así legitimar al niño, o este no hace más que adelantar los planes que al respecto tenían.

Por otra parte, las adolescentes que dicen haber sostenido su primera relación coital dentro de la unión conyugal, tienen aun mayores posibilidades de embarazarse y llevar a término el mismo, pues por una parte tienen mayor exposición a las relaciones sexuales, además de que una vez dentro del matrimonio, un importante sector femenino ve natural que aparejado al inicio sexual, comience su historia genésica, ya que sus alternativas de desarrollo son muy limitadas, o incluso se concretan a estas dos opciones.

De cualquier manera, sin una información adecuada, una variedad de métodos anticonceptivos al alcance de ellas y de sus parejas, y una motivación real para posponer los embarazos hasta después de los 20 años, y/o de haber concretado otras metas personales y materiales, las jóvenes seguirán teniendo grandes probabilidades de quedar embarazadas, aun desde su primera relación sexual.

Cuadro 12
Distribución porcentual de adolescentes del país
según si hicieron algo para no quedar embarazadas en su primera relación sexual 1995

<i>Hicieron algo</i>	<i>Nacional</i>
Si	7.3
No	92.7
Total	100.0

Fuente: Welby, 2000 en base a la ENPF 1995

La afirmación anterior sobre las probabilidades que tienen las adolescentes de embarazarse en su primera relación coital, son reforzadas por los datos que arrojan la tabla inmediata anterior (12), en donde se observa que en su gran mayoría, las adolescentes del país que ya han tenido relaciones dicen que en su primera vez no emplearon métodos anticonceptivos para evitar un posible embarazo, pues solo un 7.3 por ciento manifiesta lo contrario, lo que muestra, que tampoco se protegieron contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS), quedando totalmente vulnerables a sufrir una u otra consecuencia.

Lo cual puede ser explicado en términos de la falta de aceptación de los métodos anticonceptivos como una práctica cotidiana dentro de la relación sexual, ya que las generaciones jóvenes, aun cuando tienen información al respecto, no le han conferido un valor dentro de su vida como un instrumento permanente y necesario para su protección y la de sus parejas.

Cuadro 13

Distribución porcentual de adolescentes del país, según razón principal por la que no hizo nada para no embarzarse 1995

<i>Razón</i>	<i>Nacional</i>
No conocía anticonceptivos	20.0
Deseaba embarzarse	32.8
Desacuerdo con su uso (resistencia)	14.5
No creyó embarzarse (negación)	8.6
No planeaba la relación	20.7
"Desidia"	3.4
Total	100.0

Fuente: Welli, 2000 en base a la ENPF 1995

Se podría pensar que estas jóvenes no utilizaron algún anticonceptivo debido a su falta de conocimiento al respecto, o a la imposibilidad de acceder a ellos, sin embargo, la razón que más mencionan estas mujeres se refiere al deseo de quedar embarazadas desde su primera vez (cuadro 13), lo que lleva a reflexionar que estas adolescentes que en su mayoría no han concluido su desarrollo físico y mental, ni han terminado su educación formal, ya aspiran a ser madres, quizá porque una gran cantidad de ellas ya se encuentra viviendo dentro de una unión conyugal, por lo que consideran que una vez casadas, el siguiente paso es el embarazo, lo cual sin la preparación profesional, y sin el anhelo de concretar otras metas vitales que no se refieran al ámbito meramente doméstico, son en gran medida, condicionantes individuales que llevarán a la perpetuación de situaciones adversas de vida para ellas y su descendencia, a menos que dichas condiciones y motivaciones cambien.

No se debe dejar de lado que poco más de un 20 por ciento de las jóvenes dicen no haber utilizado métodos anticonceptivos ya que no planeaban tener relaciones sexuales, por lo que éstas sucedieron aprovechando algún momento y lugar oportuno, ya sea en la casa de alguno de ellos, o en el automóvil, por lo que ni él ni ella contaban con algún anticonceptivo, y a pesar de ello, no se evitó la relación sexual, ni se le exigió a la pareja que lo consiguiera, pues como ya Eugenio Carpintero lo menciona, la premura del tiempo, el deseo, la inexperiencia tanto sexual como para negociar el uso de anticonceptivos, así como la tensión y el miedo, son factores que impiden que la relación coital sea pospuesta para planearla y así evitar al máximo sus posibles consecuencias.

Asimismo, otro 20 por ciento de las adolescentes manifiestan que no utilizaron anticonceptivos al momento de su primera relación ya que sencillamente desconocían lo referente a estos, lo que podría considerarse como una explicación más factible en el caso de las jóvenes de edades más tempranas, tales como las de 12 a 14 años, las cuales, tomando en cuenta los datos del cuadro 11 de este mismo apartado, vienen siendo el 23 por ciento de la población adolescente que ya había tenido relaciones sexuales para 1995, mismo que coincide con el porcentaje de mujeres que dicen no haber tenido conocimientos sobre métodos anticonceptivos al momento de su primera experiencia sexual, por lo que es importante el trabajar con esta población los temas de educación sexual que incluyan el conocimiento sobre anticonceptivos desde distintos ámbitos de la comunidad.

2.5 Inicio de la vida conyugal

La edad a la primera unión matrimonial generalmente se asocia con el comienzo de la vida reproductiva de las mujeres, y en este caso de las adolescentes, la cual en ocasiones puede llegar a ser muy intensa, desafortunadamente, también se relaciona con el abandono temprano de la escuela, afectando con ello las posibilidades de desarrollo de estas jóvenes.

Cuadro 14

**Población de 12 a 19 años por sexo y su distribución porcentual según estado civil.
México 1997**

Sexo y grupos quinquenales de edad	Población de 12 años y más	Solteros	Casados	Unión libre	Separados, divorciados y viudos	No especificado
Estados Unidos Mexicanos	67 487 329	38.55	44.06	9.16	8.17	0.06
15-19 años	10 037 969	89.81	4.97	4.72	0.44	0.06
Hombres de 12 años y más	32 432 171	41.68	45.07	9.22	3.97	0.06
15-19 años	4 970 642	95.30	1.91	2.57	0.10	0.12
Mujeres de 12 años y más	35 055 158	35.64	43.13	9.11	12.06	0.06
15-19 años	5 067 327	84.42	7.97	6.83	0.77	0.01

Fuente: ENÁDID 1997

Según datos de INEGI (cuadro 14) el total de la población de 12 años y más en México es de 67 487 329 millones de personas, de las cuales el 14.45 por ciento son mujeres de 15 a 19 años y 15.33 por ciento son varones de la misma edad. Por otra parte, al estudiar el inicio de la vida sexual y reproductiva de estos jóvenes a través de su estado civil, se obtiene que un 15.57 por ciento de las adolescentes viven o han vivido alguna vez dentro de alguna unión, ya sea matrimonial o consensual, lo que se traduce a 788 983 mujeres casadas, contra un 4.58 por ciento de los hombres de 15 a 19 años que han estado en la misma situación, lo que permite inferir que las parejas de estas mujeres casadas, no siempre son adolescentes como lo son ellas al momento de establecerse dentro de una unión conyugal.

Es de destacar que no existen grandes diferencias entre el porcentaje de adolescentes casadas y de aquellas que se encuentran viviendo en unión libre, aún cuando en la realidad esta relación conyugal es más propensa a la ruptura en comparación con los matrimonios civiles y/o religiosos, sin estar estos totalmente exentos de padecer la misma situación, lo cual puede ser un factor negativo al relacionarlo con el embarazo precoz, ya que si la separación se da, en cualquiera de los dos casos, existiendo hijos de por medio, él o los infantes contarán con menores posibilidades de recibir el apoyo moral y económico del padre, repercutiendo así en su desarrollo individual y familiar, ya que el hecho de que el padre falte puede trastocar aspectos tan importantes como es la educación, la salud y la nutrición del menor, sin dejar de lado los aspectos emocionales y psicológicos tales como la autoestima y los problemas de lenguaje y de aprendizaje, mismos que se mencionarán en el tercer capítulo.

2.6 Promedio de hijos nacidos vivos y sobrevivientes de la población adolescente

Existe una diferenciación entre el número de hijos nacidos vivos y el número de hijos sobrevivientes de la población femenil, pues no obstante los avances médicos en la disminución de la mortalidad, ésta todavía persiste, sobre todo entre la población más desfavorecida económicamente, o con menor nivel de escolaridad, por lo que también se relaciona con la entidad federativa de la que se este hablando.

Cuadro 15

Promedio de hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes de la población femenina de 15 a 49 años por grupos quinquenales de edad de la madre.

México 1997

<i>Grupos quinquenales de edad</i>	<i>Promedio de hijos nacidos vivos</i>	<i>Promedio de hijos sobrevivientes</i>
Estados Unidos Mexicanos	2.07	1.95
15-19	0.14	0.14
20-24	0.80	0.77
25-29	1.71	1.64
30-34	2.65	2.52
35-39	3.40	3.20
40-44	4.04	3.75
45-49	4.76	4.35

Fuente: EÑAD, D 1997

El promedio de hijos para las mujeres de 15 a 49 años ha disminuido en los últimos años ya que ha pasado de 7 (*Mendoza, 1998 en DEMOS*) a tan solo 2.07 hijos (cuadro 15), por lo que se espera que en algunos años más se alcance el remplazo demográfico, el cual consiste en que *la descendencia final de la mujer garantice exactamente el relevo intergeneracional de la pareja original* (CONAPO, 1985).

Al analizar los diferentes rangos de edad de la población femenina con que se cuenta, es posible observar que el número promedio de hijos, tanto nacidos vivos como sobrevivientes, es más numeroso en los rangos de mayor edad de las mujeres, sobre todo es más marcado en la edad de 35 a 39 años, ya que entre estas mujeres y las del rango anterior existe casi un hijo nacido vivo de diferencia, lo cual se acrecenta notablemente en las mujeres que se encuentran al final de su periodo reproductivo, esto es entre los 45 y 49 años, pues ellas cuentan con casi cinco hijos nacidos vivos, de los cuales como media, poco más de cuatro hijos sobreviven.

Por lo que se refiere a las adolescentes, éstas presentan un promedio de 0.14 hijos, tanto nacidos vivos como sobrevivientes, lo que no permite conocer el grado de muerte que sufren sus hijos, aun cuando se ha calculado, sin que se tengan hasta ahora resultados contundentes al respecto, que éste es mayor que el de los hijos de las mujeres adultas, tanto por cuestiones de edad, como por factores sociales y de falta de atención prenatal.

Cuadro 16

Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 49 años alguna vez embarazada por grupos quinquenales de edad, según número de embarazos.

Grupos quinquenales de edad	Población femenina alguna vez embarazada	México 1997						
		1 embarazo	2 embarazos	3 embarazos	4 embarazos	5 embarazos	6 embarazos	7 y más embarazos
Estados Unidos Mexicanos	100.00	19.35	22.38	19.69	13.41	8.75	5.56	10.86
15-19	100.00	77.64	18.88	2.92	0.45	0.11	0.00	0.00
20-24	100.00	48.01	31.92	13.67	4.60	1.40	0.36	0.04
25-29	100.00	25.99	31.55	22.05	11.49	5.64	2.11	1.17
30-34	100.00	12.01	24.79	25.52	16.87	10.03	5.57	5.21
35-39	100.00	7.19	19.03	22.57	17.77	12.58	7.30	13.56
40-44	100.00	5.49	13.48	19.14	16.75	13.00	9.86	22.28
45-49	100.00	4.76	10.17	15.19	14.45	11.81	10.77	32.85

Fuente: ENADID 1997

Ahora bien, la fecundidad adolescente se relaciona con problemas de tipo demográfico, como es el que las madres jóvenes tienden a repetir su embarazo siendo aún adolescentes, teniendo un mayor número de hijos al final de su periodo reproductivo, lo que repercute en la tasa global de fecundidad y en el crecimiento poblacional del país (cuadro 16).

Así, se observa que casi una cuarta parte de las mujeres, del total de la población en edades reproductivas de 15 a 49 años, ha tenido dos embarazos, lo cual tiene relación directa con el promedio de hijos para el nivel nacional que es de 2.07 niños por mujer.

Mientras que las adolescentes que ya han estado embarazadas reportan en su mayoría haber tenido un solo embarazo, aun cuando si es amplio el porcentaje de jóvenes que mencionan haber tenido entre dos y cinco embarazos, ya que este se sitúa en un 22.36 por ciento, lo cual es una cifra alta, ya que se está hablando de que casi una de cuatro adolescentes alguna vez embarazadas lo ha estado por más de una vez. Por lo que hablando en cifras, se traduce que de 618 721 mujeres embarazadas, 154 680 tuvieron más de un embarazo para 1997, mismos que pudieran haberse evitado si la joven embarazada por primera vez, hubiera limitado un segundo o tercer embarazo hasta haber concluido su adolescencia.

Los datos presentados en esta y otras tablas permiten aseverar que no siempre son los embarazos, producto de accidentes en el uso de métodos anticonceptivos o del desconocimiento de ellos, sino que más bien se puede estar hablando de que un sector considerable de la población adolescente que se embaraza, lo hace de manera consciente en todos y cada uno de sus embarazos, ya que aspira a iniciar su historia reproductiva a temprana edad, esto dadas las circunstancias económicas, sociales y culturales en que viven. Y que las conducen o incluso

motivan a tomar esta decisión, pero sin proporcionarles los medios ni el ambiente adecuado para llevar sus embarazos a término y en óptimas condiciones.

Estas situaciones hacen reflexionar sobre lo importante y necesario que resulta el que a estas mujeres se les brinde información sexual, familiar y sobre métodos anticonceptivos antes y durante su embarazo y una vez concluido éste, se les proporcione los servicios de planificación familiar, con la finalidad de que tanto ellas, como sus parejas, planeen a sus hijos, dejando un mayor intervalo entre uno y otro, con lo cual se protegerá la salud de la madre y del infante, a la par que se estará moderando el crecimiento demográfico nacional.

Cuadro 17
Promedio de hijos nacidos vivos de la población de 15 a 19 años
por nivel de instrucción de la madre.
México 1997

<i>Nivel de instrucción</i>	<i>Nacional</i>	<i>15-19 años</i>
Estados Unidos Mexicanos	2.07	0.14
Sin instrucción	4.65	0.39
Primaria incompleta	3.61	0.37
Primaria completa	2.30	0.22
Media básica ¹	1.43	0.12
Media superior y superior ²	1.08	0.04
No especificado	2.26	0.02

¹Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en secundaria o carrera técnica o comercial con primaria terminada

²Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en preparatoria o equivalente, normal básica, profesional, maestra o doctorado.

Fuente: ENADID 1997

Por otro lado, si bien el promedio de hijos nacidos vivos para la población adolescente es de 0.14 hijos, se presentan grandes variaciones al relacionar dicha variable con el nivel de educación de estas mujeres (cuadro 17), observándose que a mayor escolaridad más bajo es el promedio de hijos que presenta esta población, ya que aquellas que no contaban con ningún grado de escolaridad, o las que tenían la primaria, ya sea completa o inconclusa, tuvieron mayores probabilidades de tener un mayor promedio de hijos, situándose en 0.39 hijos, como media, mientras que las que contaban con la educación media superior y superior solo presentaron un promedio de 0.04 hijos, lo que representa una diferencia de 0.35 hijos entre el grupo de menor y mayor escolaridad.

Esta situación también se repite a nivel nacional, pues el promedio de hijos para las mujeres que no tienen instrucción es de casi cinco niños, mientras que las que tienen mayor educación formal apenas si tienen un poco más de uno, lo que permite seguir afirmando que la escolaridad es un factor importante para el retraso tanto de la vida sexual y conyugal, como de la reproductiva, ya que proporciona a los alumnos de ambos sexos, además de conocimientos generales, educación sexual e incluso familiar, a la par que los expone a formas diferentes de pensamiento, en donde el matrimonio y la paternidad son valorados en una dimensión diferente, ya que se van abriendo otras posibilidades de desarrollo individual que los llevan a posponer los primeros en aras de concretar otros objetivos vitales.

Cuadro 18
Promedio de hijos nacidos vivos de la
población femenina de 15 a 19 años por entidad federativa. 1997

<i>Entidad federativa</i>	<i>Nacional</i>	<i>15-19 años</i>	<i>Entidad federativa</i>	<i>Nacional</i>	<i>15-19 años</i>
Estados Unidos	2.07	0.14	Estados Unidos	2.07	0.14
Mexicanos			Mexicanos		
1) Aguascalientes	2.06	0.12	17) Morelos	2.08	0.12
2) Baja California Nte.	1.86	0.18	18) Nayarit	2.26	0.18
3) Baja California Sur	1.93	0.12	19) Nuevo León	1.72	0.09
4) Campeche	2.23	0.18	20) Oaxaca	2.45	0.20
5) Coahuila	1.99	0.17	21) Puebla	2.33	0.14
6) Colima	1.96	0.14	22) Querétaro	2.03	0.12
7) Chiapas	2.53	0.22	23) Quintana Roo	2.11	0.20
8) Chihuahua	1.98	0.17	24) San Luis Potosí	2.46	0.13
9) Distrito Federal	1.46	0.08	25) Sinaloa	2.12	0.16
10) Durango	2.36	0.14	26) Sonora	2.03	0.17
11) Guanajuato	2.13	0.14	27) Tabasco	2.30	0.21
12) Guerrero	2.50	0.16	28) Tamaulipas	1.83	0.15
13) Hidalgo	2.38	0.18	29) Tlaxcala	2.23	0.17
14) Jalisco	2.03	0.10	30) Veracruz	2.17	0.17
15) México (Estado de)	2.00	0.14	31) Yucatán	2.17	0.10
16) Michoacán	2.32	0.13	32) Zacatecas	2.37	0.10

Fuente: ENADID 1997

Ahora bien, al estudiar el promedio de hijos nacidos vivos por entidades federativas, se tiene que los estados que presentan un mayor número de niños por mujeres (cuadro 18), son Chiapas, Guerrero, San Luis Potosí y Oaxaca, mismos que son considerados en su mayoría, como estados donde existe el rezago económico y el nivel de vida de sus habitantes se encuentra por debajo del estándar nacional, lo cual explica en parte el que exista un promedio mayor de hijos, puesto que no toda la población cuenta con suficientes servicios de orientación y planificación familiar, además de que los jóvenes y niños ven limitadas sus posibilidades de concluir sus estudios medios y superiores por los problemas estructurales, e incluso culturales, que privan, tanto en sus estados como al interior de sus familias, lo que influye en la construcción de proyectos de vida donde la fecundidad intensa es más común.

También es posible observar que los estados en donde se presentan los promedios más altos de hijos nacidos vivos de jóvenes madres son Chiapas, Tabasco, Oaxaca y Quintana Roo, en orden descendiente, y es de hacer notar que Chiapas ocupa en los dos casos enunciados, el primer lugar en fecundidad, siguiéndole muy de cerca el estado de Oaxaca. En contraste, los niveles más bajos corresponden al Distrito Federal, Nuevo León, Jalisco, Yucatán y Zacatecas con menos de 0.10 hijos en promedio, lo que hace una diferencia de 0.12 puntos entre el nivel más bajo y más alto de comparación, lo cual puede ser explicado en base al desigual desarrollo y crecimiento económico que han experimentado los diferentes estados del país y que ha sido más acentuado en el sur del mismo, presentando diversos problemas económicos, educativos, de salud, e incluso políticos, que de una u otra forma van contribuyendo en la aparición y en el incremento del embarazo precoz; además de que en zonas rurales es menor la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos, lo que tiene que ver por un lado, con el menor

abastecimiento de éstos, tanto en clínicas públicas, como privadas, así como un menor abanico de opciones al respecto, y por otra parte esta la falta de información sobre el uso de ellos y el temor a los posibles efectos colaterales que pudieran suscitarse al utilizarlos, mismos que se desprenden de la falta de información adecuada y oportuna sobre el tema.

Cuadro 19
Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 49 años alguna vez unida por grupos quinquenales de edad según número de hijos nacidos vivos.

Grupos quinquenales de edad	Población femenina alguna vez unida	México 1997					
		Ningún hijo	1 hijo	2 hijos	3 hijos	4 hijos	5 y más hijos
Estados Unidos Mexicanos	100.00	6.73	17.68	23.54	19.80	12.03	20.22
15-19	100.00	35.64	50.54	12.15	1.46	0.13	0.08
20-24	100.00	13.61	43.19	28.36	10.86	3.13	0.85
25-29	100.00	7.74	24.47	32.73	20.14	8.85	6.07
30-34	100.00	3.61	11.08	28.40	26.23	14.46	16.22
35-39	100.00	2.45	6.84	21.37	25.53	16.94	26.87
40-44	100.00	2.18	5.18	16.14	20.90	17.66	37.94
45-49	100.00	1.84	4.23	12.23	17.58	14.78	49.34

Fuente: ENADID 1997

En otro orden de ideas, las opciones con que cuenta una adolescente embarazada para concluir con su embarazo se reducen a cuatro, en primera ésta el abortar o el tener al producto, si ella continua con el embarazo éste podrá llevarse a cabo dentro o fuera del matrimonio, dentro ya sea porque la mujer ya se encuentre casada, o el matrimonio se haya realizado para legitimar al niño, o fuera, pues la joven, debido a una diversidad de circunstancias, pasó a ser madre soltera. Una cuarta opción sería el dar al menor en adopción, lo cual sucede en un bajo porcentaje, sobre todo entre la población adolescente, además de que encuestas como las del INEGI o CONAPO no incluyen preguntas al respecto, por lo que no es factible en esta parte de la investigación presentar datos actualizados sobre este tema, asimismo, se dificulta mostrar también los del aborto en jóvenes adolescentes, no siendo el mismo caso para la opción del matrimonio juvenil y su relación con el embarazo temprano.

Con respecto al número de hijos de jóvenes mujeres que han nacido dentro de alguna unión conyugal, es posible observar que de 618 721 hijos de madres adolescentes registrados en la ENADID 97⁴, el 82 por ciento, es decir 507 789 niños, nacieron dentro del matrimonio o estando próximo a realizarse este (cuadro 19), por lo que puede inferirse que en una gran proporción, el embarazo debió ser el factor que obligó o apresuró la unión entre estas parejas, lo que es un hecho que merece cuestionarse, ya que un matrimonio que se suscita por el compromiso que genera el nacimiento y la crianza de un bebé no suele establecerse sobre bases sólidas que motiven a la pareja a llevar con éxito su unión, puesto que ellos mismos no la

⁴ Información localizada en el cuadro 9 de este capítulo.

deseaban, o esta se da dentro de situaciones conflictivas que en vez de generar bienestar a sus integrantes, viene a afectarles su forma de vida y sus intereses individuales, estando por tanto, más propensa a la ruptura.

Cuadro 20
Promedio de hijos nacidos vivos de la población femenina
de 15 a 19 años alguna vez unida por nivel de instrucción.
México 1997

<i>Nivel de instrucción</i>	<i>Nacional</i>	<i>15-19 años</i>
Estados Unidos Mexicanos	3.08	0.80
Sin instrucción	5.27	1.00
Primaria incompleta	4.31	0.99
Primaria completa	3.09	0.81
Media básica	2.35	0.72
Media superior y superior	1.94	0.60
No especificado	3.12	0.10

Fuente: ENADID 1997

Como complemento a lo anterior, si bien ya se ha examinado arduamente que el nivel de escolaridad de las mujeres, y en este caso de las adolescentes, es un factor importante al momento de iniciar su historia genésica, se debe además estudiar si el embarazo adolescente se ha sucedido en mujeres casadas o solteras, pues si bien el promedio de hijos nacidos vivos a nivel nacional es de 2.07 hijos, éste aumenta considerablemente si se enfoca el estudio a las mujeres en edades reproductivas que alguna vez han vivido dentro de una unión conyugal, pues éste es de 3.08 hijos (cuadro 20), presentando una diferencia de poco más de un hijo para aquellas mujeres casadas, en relación al promedio total del país. Y al comparar el promedio de hijos por nivel de escolaridad de la madre, existe una gran disparidad, pues las mujeres sin ningún grado de instrucción tienen como media, poco más de cinco hijos, mientras que aquellas que cuentan con la educación media superior y superior tienen alrededor de dos hijos, siendo la diferencia de tres niños entre uno y otro grupo.

En cuanto a la fecundidad adolescente, también se presentan diferencias interesantes, ya que aun cuando el promedio de hijos para dicha población es de 0.14, éste se incrementa en 0.80 niños entre las adolescentes alguna vez unidas. Y al comparar esta variable con la educación los resultados son más sorprendentes, puesto que entre aquellas jóvenes sin ningún grado de educación o con primaria incompleta el promedio es de un hijo, mientras que entre las adolescentes casadas que cuentan con más estudios, este número se reduce a 0.60 hijos, lo cual es muy significativo, puesto que entre la población que cuenta con menor instrucción es más común vincular el inicio de la vida sexual y matrimonial con el de la historia genésica de la mujer. Mientras que entre los sectores de mayor educación, aun cuando los jóvenes ya se hayan unido, es un poco más factible que la fecundidad se retarde deliberadamente para concluir los estudios, obtener un mejor nivel de vida en pareja, o simplemente disfrutar su unión sin las responsabilidades que importan los hijos.

2.6.1 Hijos sobrevivientes y fallecidos de madres adolescentes

Sin duda en el país se ha experimentado un notable descenso en la mortalidad en general, de la cual sobresale la referente a la mortalidad infantil, misma que ha ocurrido en forma muy acelerada, sobre todo si se compara con la experimentada por los países desarrollados. Así, el riesgo de fallecer en el primer año de vida pasó de 176 decesos por cada mil nacimientos en 1930, a 28 en la década pasada, lo que implicó una reducción global del 84 por ciento (CONAPO, 1996), lo cual influye positivamente en las condiciones de salud de la población en general, aun cuando otros factores pueden ahondar el problema, como es la pobreza, el nivel de escolaridad y la zona de residencia.

Cuadro 21
Porcentaje de hijos sobrevivientes de la
población femenina nacional y de 15 a 19 años por nivel de instrucción.
México 1997

<i>Nivel de instrucción</i>	<i>Nacional</i>	<i>15-19 años</i>
Estados Unidos Mexicanos	94.12	96.79
Sin instrucción	89.92	95.07
Primaria incompleta	92.78	96.37
Primaria completa	94.74	96.89
Media básica ¹	95.91	96.39
Media superior y superior ²	97.42	99.82

¹ Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en secundaria o carrera técnica o comercial con primaria terminada.

² Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en preparatoria o equivalente normal básica, profesional, maestría o doctorado.
 Fuente: ENADID 1997

Como ya se ha anotado, el promedio de hijos nacidos vivos y el de hijos sobrevivientes para el grupo de 15 a 19 años es de 0.14 hijos, sin embargo, al relacionar esta variable con el nivel de instrucción (cuadro 21), al igual que en su momento se hizo con el estado civil de la madre, se encuentran algunas diferencias, ya que es levemente mayor el porcentaje de hijos que sobreviven en los grupos de mujeres que cuentan con mayor escolaridad que en aquellos grupos en que la escolaridad es mínima. Esto se debe en parte a que las mujeres jóvenes, con mayor grado de escolaridad, cuentan a su vez con más conocimientos sobre salud y seguramente con más recursos económicos, lo que les permite tomar más y mejores medidas para prevenir alguna enfermedad o problema que presente el producto, o bien actuar de manera más rápida y eficaz ante cualquier contingencia o eventualidad que se les pudiera presentar y que implique riesgo para su hijo.

Cuadro 22
Porcentaje de hijos sobrevivientes de la población
femenina nacional y de 15 a 19 años por tamaño de la localidad de residencia.
México 1997

<i>Tamaño de la localidad</i>	<i>Nacional</i>	<i>15-19 años</i>
Estados Unidos Mexicanos	94.12	96.79
Menos de 2 500 habitantes	92.12	96.54
2 500 a 14 999 habitantes	93.80	97.03
15 000 a 99 999 habitantes	94.54	95.69
100 000 y más habitantes	95.51	97.32

Fuente: ENAD:D 1997

En contraparte, mientras que la escolaridad parece ser un factor importante para lograr que los niños no solo nazcan vivos, sino sobrevivan, no se observa la misma relación con respecto al tamaño de la localidad de residencia (cuadro 22), ya que los porcentajes según esta última tabla fluctúan entre el 96 y 97 por ciento, por lo que no muestra un patrón que permita asegurar que en determinadas zonas de residencia, rurales o urbanas, sea más factible que los hijos de madres adolescentes cuenten con mayores posibilidades de sobrevivencia.

Cuadro 23
Porcentaje de hijos fallecidos de la población femenina de 15 a 49 años por
grupos quinquenales de la edad de la madre y por sexo de los hijos.
México 1997

<i>Grupos quinquenales de edad de la madre</i>	<i>Sexo de los hijos fallecidos</i>		
	<i>Nacional</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Estados Unidos Mexicanos	5.88	6.45	5.29
15-19	3.21	3.92	2.42
20-24	3.44	3.50	3.38
25-29	3.68	4.05	3.29
30-34	4.60	4.88	4.31
35-39	5.81	6.50	5.09
40-44	7.04	7.67	6.37
45-49	8.66	9.56	7.71

Fuente: ENAD:D 1997

Asimismo, de la tabla inmediata anterior (23) se percibe que el porcentaje de hijos fallecidos de madres adolescentes se encuentra por abajo del nacional con 2.67 puntos de diferencia, ya que el primero es del 3.21 por ciento, el cual no varía en gran medida de los porcentajes de las dos generaciones siguientes, y es hasta edades más avanzadas, consideradas como poco óptimas para el embarazo, en que se perciben aumentos significativos en el porcentaje de hijos fallecidos, mismos que pudieron haber nacido muertos o fallecer en el transcurso de su vida, lo cual obviamente amplía el porcentaje de muertes para estos rangos de edad.

Cuadro 24
Porcentaje de hijos fallecidos de la población femenina de 15 a 19 años por
tamaño de la localidad de residencia y por sexo de los hijos.
México 1997

<i>Tamaño de la localidad de residencia</i>	<i>Sexo de los hijos fallecidos</i>		
	<i>Nacional</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Estados Unidos Mexicanos	5.88	6.45	5.29
15-19 años	3.21	3.92	2.42
Menos de 15 000 habitantes	7.33	8.01	6.63
15-19 años	3.32	4.44	2.09
Más de 15 000 habitantes	4.74	5.21	4.24
15-19 años	3.10	3.40	2.75

Fuente: ENADID 1997

Y con relación al sexo de los hijos fallecidos (cuadro 24), es importante destacar que por cada dos niñas fallecen poco menos de cuatro varones hijos de madres adolescentes, es decir dos niños más que las mujeres, observándose el mismo patrón en localidades mayores y menores a 15 000 habitantes, por lo que parece que esta tendencia es una constante tanto a nivel nacional, como al interior de los diversos rangos de edad, presentados en el cuadro 24.

En conclusión, estos datos no muestran una relación directa entre el embarazo precoz y el mayor número de muertes infantiles, por lo que solo se puede afirmar que es en edades cercanas al inicio y final de la etapa reproductiva de la mujer en que existen mayores posibilidades de que tanto la madre como el producto fallezcan, tal y como algunos estudios médico-sociales informarán en el tercer capítulo de esta investigación.

2.7 Preferencias reproductivas

En otra línea, el ideal de las personas con respecto al número de hijos y al momento en que desean tenerlos es un factor que se encuentra muy relacionado con el comportamiento reproductivo, ya que no puede existir un cambio demográfico si antes no se da un cambio en las ideas y percepciones de los individuos.

Cuadro 25
Población femenina de 15 a 19 años de edad y su distribución porcentual
Según deseo de tener hijos.
México 1997

<i>Total de la población femenina de 15 a 19 años</i>	4 966 029
Desea tener hijos	88.17 %
No desea tener hijos	8.94 %
Indecisa	2.83 %
No especificado	0.06 %

Fuente: ENAD/D 1997

Para el caso de las adolescentes de 15 a 19 años, con o sin hijos (cuadro 25), el 88.17 por ciento afirma que si desea tener hijos, contra un 11.83 por ciento que dice no desear tenerlos o encontrarse indecisa, lo cual permite ver que aun cuando es un número bajo, las nuevas generaciones comienzan a cuestionarse el hecho de tener un hijo, pues ya no ven al embarazo como algo que irremediamente habrán de vivir, ya que saben que ellas tienen derecho de decidir si habrán de tener o no descendencia, y en que momento se dará esta situación, lo que en un momento dado les podría permitir estar en más control de su vida, y por tanto utilizar los métodos anticonceptivos, una vez iniciada su actividad sexual, de manera más eficiente y permanentemente.

Por otro lado, al estudiar esta misma variable entre las generaciones más grandes, no presentadas dentro del cuadro, el deseo de ellas por tener hijos, va disminuyendo conforme tienen más edad, aun cuando se habla de la población femenina con y sin hijos nacidos vivos, lo que lleva a pensar que muchas de estas mujeres están conformes con el número actual de hijos que tienen por lo que dicen ya no desear tener más hijos, utilizando por tanto, en mayor medida los métodos anticonceptivos, ya sea temporales o definitivos.

Cuadro 26
Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 49 años,
Según número ideal de hijos.
México 1997

Grupos quinquenales de edad	Población femenina de 15 a 49 años	Ningún hijo	Número ideal de hijos					Otras respuestas y no especificado
			1 hijo	2 hijos	3 hijos	4 hijos	5 y más hijos	
Estados Unidos Mexicanos	100.00	2.86	7.25	39.47	24.84	13.17	9.59	2.82
15-19	100.00	2.86	8.20	50.85	22.89	8.91	4.15	2.14
20-24	100.00	2.40	8.22	47.61	26.17	9.69	4.21	1.70
25-29	100.00	2.22	8.77	41.50	26.81	12.02	6.35	2.33
30-34	100.00	2.64	7.52	34.94	26.66	15.84	9.80	2.60
35-39	100.00	3.31	5.93	31.30	24.89	16.60	14.70	3.27
40-44	100.00	3.53	4.94	27.91	22.81	17.73	18.59	4.49
45-49	100.00	4.06	4.13	24.77	21.83	17.88	21.74	5.59

Fuente: ENADID 1997

En cuanto al número ideal de hijos de la población en edad reproductiva, más de la mitad de las mujeres a nivel nacional dice estar de acuerdo que entre dos y tres hijos es el número óptimo para constituir a una familia (cuadro 26), aun cuando también es alto el porcentaje de mujeres que desean tener entre tres y cuatro hijos, pues este es de 38 por ciento, sin embargo este tipo de preferencias ha disminuido en los últimos años, lo cual no solo ha sido un ideal, sino que en la práctica ya se ha visto reflejado al contar con un promedio nacional de 2.07 hijos nacidos vivos por mujeres.

En tanto que entre las adolescentes, el 50 por ciento de ellas expresó que dos niños es un número ideal, sin embargo una quinta parte de estas comentó su interés por tener tres hijos, mientras que el deseo por tener cuatro, cinco o un solo hijo se ven poco favorecidos por las jóvenes.

No obstante este ideal reproductivo de las adolescentes, los estudios y datos presentados en la investigación reportan que las jóvenes que viven un embarazo precoz, tendrán menos posibilidades de tener el número de hijos que planean, puesto que el embarazo precoz se relaciona con una mayor fecundidad en intervalos cortos de tiempo, estando por tanto más propensas a tener más hijos de los que ellas deseaban.

2.8 Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

La planificación familiar es un aspecto importante dentro de la política de población, ya que afecta el desarrollo familiar, individual y de pareja, por ello el Consejo Nacional de Población, a través de instituciones educativas y de salud, así como de los medios masivos de comunicación, se ha encargado de difundir en los últimos años, las ventajas que implica la planificación, misma que han relacionado con el bienestar y el logro de mejores condiciones económicas para los miembros de la familia, para ello se ha promovido intensamente el uso de métodos anticonceptivos.

Cuadro 27

Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 49 años que conoce métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad según condición de uso.

México 1997

<i>Grupo quinquenal de 15 a 19 años</i>	<i>Condición de uso</i>	
	<i>Han usado</i>	<i>No han usado</i>
Estados Unidos Mexicanos	59.02	40.98
15-19 años	11.62	88.38
24-24 años	44.48	55.52
25-29 años	69.73	30.27
30-34 años	80.88	19.12
35-39 años	83.55	16.45
40-44 años	81.32	18.68
45-49 años	75.19	24.81

Fuente: ENADID 1997

La Encuesta Nacional de Planificación Familiar, realizada en 1995 por el CONAPO, menciona que el 19.3 por ciento de la población adolescente ya ha tenido relaciones sexuales⁵ la cual, al relacionarla con los datos de este cuadro (27), muestran que aun cuando las adolescentes tienen información sobre métodos anticonceptivos, no siempre los emplean, ya que tan solo una décima parte de estas jóvenes reportó haber utilizado algún tipo de anticonceptivo.

A nivel global, alrededor del 60 por ciento de la población femenina que conoce métodos anticonceptivos los ha utilizado en algún momento de su vida, siendo las mujeres de 30 a 44 las que mayormente los usan, lo cual indica que estas generaciones recurren a ellos más para limitar los nacimientos que para espaciarlos, al ya haber cumplido con su expectativa de hijos.

⁵Tabla 11 de este capítulo.

Cuadro 28
Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 19 años que conoce métodos anticonceptivos según condición de uso y de unión. México 1997

Grupo quinquenal de 15 a 19 años	Población femenina de 15 a 19 años que conoce métodos anticonceptivos	Han usado			No han usado		
		Total	Casadas y unidas	No Casadas y unidas	Total	Casadas y unidas	No casadas y unidas
Estados Unidos Mexicanos	100.00	59.02	86.63	13.37	40.98	20.99	79.01
15-19 años	100.00	11.62	83.58	16.42	88.38	6.50	93.50

Fuente: ENADID 1997

Ahora bien, existen diferencias en el uso de anticonceptivos entre las jóvenes si se asocian al estado civil (cuadro 28), ya que las adolescentes solteras han utilizado menos los métodos anticonceptivos que aquellas que ya están viviendo dentro de alguna unión matrimonial, esto puede deberse a varios factores, como es el que la mujer ya haya estado embarazada y una vez concluido éste se le haya proporcionado los servicios de planificación familiar para espaciar sus embarazos, otro puede ser que ellas mismas, al saberse más expuestas a los embarazos, recurran a un centro médico en busca de asesoría para limitarlos, mientras que entre las adolescentes solteras su uso es menos difundido, ya que debe recordarse que muchas de las relaciones sexuales premaritales que se suceden, surgen sin planeación previa, por lo que es más probable que ni la joven, ni su pareja dispongan en su momento de algún anticonceptivo por lo que estas jóvenes tienen amplias posibilidades de resultar embarazadas en alguna relación sexual, misma que no siempre se da con miras a establecer una relación sólida.

Cuadro 29
Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 19 años casada y unida, usuaria actual de métodos anticonceptivos por nivel de instrucción. México 1997

Nivel de instrucción	Nacional	15-19 años
Estados Unidos Mexicanos	100.00	3.33
Sin instrucción	100.00	1.29
Primaria incompleta	100.00	3.13
Primaria completa	100.00	3.99
Media básica ¹	100.00	5.55
Media superior y superior ²	100.00	1.62
No especificado	100.00	0.48

¹ Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en secundaria o carrera técnica o comercial con primaria terminada.

² Incluye a la población femenina con algún grado aprobado en preparatoria o equivalente, normal básica, profesional, maestra o doctorado.

Fuente: ENADID 1997

Continuando con este tema, el cuadro 29 permite apreciar que la escolaridad tiene gran relación con el uso de métodos anticonceptivos, pues a medida que aquella aumenta, también aumenta el uso de éstos entre las adolescentes, en este caso alguna vez unidas, aun cuando el porcentaje sigue siendo muy bajo entre dicho sector de la población.

Es de particular observación que en el rango de mujeres con instrucción media superior y superior, el porcentaje de jóvenes que utilizan métodos anticonceptivos es especialmente bajo y contrario a lo que se pudiera esperar, ya que por lógica, y siguiendo la tendencia mostrada por la tabla en comento, es de suponer que a mayor escolaridad, mayor debería ser el uso de anticonceptivos, sobre todo porque éstas mujeres cuentan con mayor información y tienen expectativas de vida diferentes a las del resto de la población.

Como justificación a estos datos se puede considerar que el número de la población total de mujeres que cuentan con algún grado medio superior o superior es de por sí ya bajo en relación al grupo total de mujeres en edad reproductiva, y además de que se ve disminuida porque es evidente que el número de mujeres con este tipo de instrucción que ya se encuentran casadas o unidas es menor que las que no lo están, y mucho menor aún es el grupo de mujeres que cumpliendo con las dos condiciones anteriores no rebasan los 20 años de edad.

Cuadro 30

Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 19 años casada y unida, usuaria actual de métodos anticonceptivos por tamaño de la localidad de residencia. México 1997

<i>Tamaño de la localidad de residencia</i>	<i>Población femenina casada y unida usuaria actual de métodos anticonceptivos</i>	<i>15-19 años</i>
Estados Unidos Mexicanos	100.00	3.33
Menos de 2 500 habitantes	100.00	4.87
2 500 a 14 999 habitantes	100.00	3.64
15 000 a 99 999 habitantes	100.00	3.49
100 000 y mas habitantes	100.00	2.66

Fuente: ENADID 1997

Las adolescentes que se encuentran viviendo dentro de alguna unión conyugal y que actualmente utilizan métodos anticonceptivos es del 3.33 por ciento, por lo que se esta hablando que de 788 983 jóvenes alguna vez unidas, solo 26 036 si emplean algún tipo de anticonceptivo (cuadro 30). Y al establecer una relación entre el uso de éstos y la localidad de residencia es posible observar que entre más grande es la zona de residencia, menor es el porcentaje de adolescentes que dicen utilizarlos de manera permanente.

Cuadro 31
Población femenina de 15 a 19 años que conoce métodos
anticonceptivos y su distribución porcentual por método conocido.
México 1997

<i>Método anticonceptivo conocido</i>	<i>Población femenina de 15 a 49 años que conoce métodos anticonceptivos</i>	<i>15-19 años</i>
Estados Unidos Mexicanos		
Salpingoclasia	22 603 558	17.64
Vasectomía	20 492 313	16.77
Pastillas	23 677 490	18.49
Inyecciones	22 406 136	17.24
Norplant	3 745 055	14.23
Dispositivo intrauterino	22 682 449	17.28
Preservativo	22 764 688	18.86
Espermaticidas y diafragma	14 916 364	15.94
Ritmo	17 335 650	14.82
Retiro	13 509 374	13.83
Otros*	507 013	15.44

*Incluye otras formas o métodos no mencionados anteriormente, tales como: lés, lavados vaginales y lactancia.
Fuente: ENAD/D 1997

Finalmente, este cuadro (31) permite formar una idea del conocimiento que tiene la población base de este estudio, sobre los métodos anticonceptivos, pues éste es un factor preventivo de la fecundidad adolescente, el cual puede ser apreciado desde distintas perspectivas.

Entre los anticonceptivos que más mencionaron conocer las adolescentes tras la entrevista de la ENADID 97, fueron el preservativo, las pastillas, la salpingoclasia, las inyecciones y el dispositivo intrauterino, aunque también una proporción importante dijo conocer otro tipo de métodos considerados como naturales, mismos que no son recomendables dada su baja efectividad, ya que empleados incorrectamente dejan a la mujer igualmente expuesta a un embarazo no deseado, como mayoritariamente ocurre con las adolescentes.

Hasta aquí se han esbozado diversas variables relacionadas con la fecundidad adolescente, entre las que destacó el bajo nivel de escolaridad como un factor determinante en la aparición tanto del embarazo precoz, como de las implicaciones que éste tiene en la vida y en las oportunidades de desarrollo de las adolescentes y de su descendencia, como es el mayor número de embarazos y de hijos en intervalos cortos de tiempo, un menor porcentaje de hijos sobrevivientes de esta población, así como una mayor propensión a iniciar una vida conyugal a edades tempranas y a continuar viviendo en condiciones socioeconómicas adversas, limitando así la superación de la pobreza para ellas y sus hijos.

Si bien el nivel de instrucción aparece como una condicionante del embarazo temprano, ya que al relacionar la variable escolaridad con este fenómeno se encuentra que a menor grado de escolaridad, mayores resultan ser las posibilidades de que las adolescentes se embaracen y se enfrenten a más dificultades socioeconómicas, no se observó la misma influencia para la variable de lugar de residencia, aun cuando se supondría que en zonas rurales, donde existe un menor número de servicios educativos, informativos y de salud, podría haber un mayor número de jóvenes que inician a más temprana edad su historia genésica y conyugal, al no contar con otras opciones de desarrollo personal, ya sea por los mismos problemas estructurales que se viven en estas comunidades, o por los condicionamientos culturales que orientan a las mujeres a seguir adoptando los papeles tradicionales de madres y esposas, sin embargo, este factor no pareció tener un peso determinante en el surgimiento del embarazo precoz, no obstante esto si se vislumbró que en aquellos estados del país donde hay mayor rezago económico, educativo e industrial, es donde existe un mayor promedio de hijos de adolescentes, mismo que se encuentra por encima de la media nacional.

Por otro lado, se observó que la maternidad temprana repercute en el crecimiento poblacional, pues estas mujeres tienden a tener un mayor número de hijos dejando pasar muy poco tiempo entre uno y otro, afectando así su salud y sus posibilidades de desarrollo y crecimiento económico.

Ante este panorama que presenta la fecundidad adolescente, se hace necesario aportar diversas soluciones a este problema por parte del licenciado en Trabajo Social, ya que él, por su preparación académica, cuenta con una serie de herramientas teóricas y prácticas que le posibilitan, no solo estudiar este fenómeno desde una óptica social, sino además, y esto es lo que distingue a esta profesión de otras, proponer formas para prevenir y/o disminuir esta problemática que tanto afecta a jóvenes mexicanas año con año, por ello, los siguientes capítulos estarán dedicados a describir, apoyándose en otros estudios, los problemas y las causas que condicionan al embarazo precoz, para luego mostrar la aportación que este estudio realiza para atenderlo y prevenirlo.

CAPÍTULO III PROBLEMÁTICAS INDIVIDUALES Y SOCIALES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

3.1 El embarazo adolescente como problema social

El embarazo durante la adolescencia es un problema social al que se le asocian diferentes desventajas que perjudican a los adolescentes involucrados, principalmente a la mujer, además de afectar al niño, a los padres de los jóvenes y a la sociedad en general, estas desventajas van más allá de los problemas y cuidados que un embarazo normal requiere, ya que se afirma que las madres adolescentes y sus hijos se enfrentan a mayores dificultades económicas (Buvinic, 1998; Alatorre y Atkin, 1995; Hotz et. al., 1997; Moore & Rosenthal, 1995; Geronimus & Korenman, 1992; Grogger & Bronars, 1993), sociales (Furstenberg, 1987; Grogger, 1997; Moore & Rosenthal, 1995), educativas (Anderson et. al., 1997; Buvinic, 1998; Alatorre y Atkin, 1995; Hotz et. al., 1997) y psicológicas (Buvinic, 1998; García Coll, 1987; Alatorre y Atkins, 1995; Moore & Rosenthal, 1995; Population Reference Bureau, 1996; Carpintero, 1995; Barrera y Kerdel, 1987), además de que este tipo de embarazos ponen en peligro tanto la salud física de ellas (United Nations, 1989; Committee on Population, 1990; Carpintero, 1995; Siedlecky, 1985; Strobino, 1987; Hayes, 1987; Wiemann et. al., 1997; Puffer & Serrano, 1975; Barnett, 1994; García y cols., 1993; Mæacham, 1998), como la de sus bebés (Committee on Population, 1990; United Nations, 1989; Buvinic, 1995; Carpintero, 1995; Poder Ejecutivo Federal, 1995; Wolfe & Perozek, 1997).

Por otro lado, se argumenta que el embarazo juvenil tiene consecuencias directas sobre el número total de hijos y sobre el nivel de crecimiento natural de la población, debido a que se considera que ha ido en aumento, y mientras más temprano comience la maternidad, la joven está expuesta a mayores embarazos (Welti, 1995b, 1996), esto como consecuencia de la falta de oportunidades educativas y laborales y de no haber recibido una educación sexual integral, la cual se da, por lo regular, en secundaria o preparatoria, niveles de educación a los que una gran cantidad de madres adolescentes no acceden o dejan inconclusos.

En este capítulo se analizarán cada una de las implicaciones individuales y sociales que se le atribuyen a la maternidad adolescente.

3.1.1 Consecuencias demográficas del embarazo precoz

Se ha señalado que el embarazo temprano se ha incrementado en las últimas dos décadas, tanto a nivel nacional como internacional; según el Population Reference Bureau (PRB, 1996) más del diez por ciento de todos los nacimientos que ocurren anualmente en el mundo suceden en mujeres de entre los 15 y los 19 años, este mismo Instituto señaló en 1994 que cada año 15 millones de adolescentes dan a luz, lo que corresponde a una quinta parte de todos los nacimientos.

En el panorama mundial existen diversas variaciones según se trate de países desarrollados y en desarrollo, en estos últimos entre la cuarta parte y la mitad de las mujeres que dan a luz por primera vez lo hacen antes de los 18 años, mientras que en los países desarrollados, y algunos en desarrollo, la maternidad adolescente sucede en menos de una de cada diez mujeres ("La Vida Sexual", 1998).

Por áreas geográficas se encuentra que en África el índice de adolescentes embarazadas es cuatro veces mayor que el que se presenta en Europa y Norteamérica, en tanto que en los países de América Latina y el Caribe los índices son más bajos que en África pero más altos que en Asia, en donde hay diferencias considerables entre países. En un extremo se encuentra Bangladesh y el sur de Asia, que presentan un índice muy alto, en tanto que en el Este de Asia este problema es muy poco común y exhibe índices más bajos que en los Estados Unidos (E.E.UU.) y Europa (*United Nations, 1989*).

Entre los países desarrollados, E.E.UU. tiene la tasa más alta de embarazos adolescentes con un 19 por ciento (*The Population Reference Bureau, 1996*), en otros datos una de cada 10 mujeres norteamericanas entre los 15 y los 19 años se embaraza cada año, de estos embarazos cinco de cada seis son no deseados y el 92 por ciento son concebidos premaritalmente (*Trussell, 1988 en Moore & Rosenthal, 1995*). Para 1990 se estimó en un millón los embarazos ocurridos en dichas adolescentes, 28 000 de los cuales se dieron entre menores de 15 años. Cabe destacar que en esta nación se reporta que si bien la maternidad temprana ha declinado, los embarazos en mujeres menores de 15 años se han incrementado (*Tiezzi et al., 1997*), debido en parte a que es cada vez mayor el número de adolescentes de estas edades que inician su vida sexual, y por sus mismas características tienen menores conocimientos sobre anatomía, menstruación, fecundación y anticonceptivos, lo que les impide emplear adecuadamente éstos últimos para prevenir dichos embarazos.

En América Latina y el Caribe un tercio de las mujeres es madre en la adolescencia, los índices de fecundidad fluctúan entre 50 y 100 embarazos por cada 1000 adolescentes, países como Chile y los que integran Centroamérica, principalmente Guatemala y Nicaragua, cuentan con los índices más altos de la región (*"Perjudica la Maternidad", 1997*), en donde el 40 por ciento de las mujeres han sido madres antes de los 20 años (*The Population Reference Bureau, 1996*). Datos del Instituto Alan Guttmacher (*1998*) sobre esta región mencionan que entre un 12 y un 28 por ciento de las mujeres dan a luz entre los 15 y los 17 años y del total de estos nacimientos entre un 12 y un 25 por ciento suceden en adolescentes solteras (*"Embarazo y Oportunidades", 1997*).

En el caso de México, se observa que la fecundidad en general ha disminuido en las dos décadas más recientes en un 51 por ciento, mientras que la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años se redujo solo en un 26 por ciento en el mismo periodo, lo cual significa un incremento en la participación relativa de las mujeres de este rango de edad en la fecundidad global, ya que en porcentajes, los nacimientos de madres adolescentes constituyen el 16 por ciento del total, lo que significa alrededor de 450 000 nacimientos anuales en los últimos años, por tanto, no se puede hablar de que en el país se halla dado un incremento absoluto de nacimientos entre madres adolescentes como ha sucedido en otros países, (*Welti, 1995b, 1996*) aun así, es muy grande la proporción de jóvenes que se enfrentan a esta situación que va más allá de los límites demográficos para entrar en problemas de orden social, económico y cultural. Además de ello, los jóvenes de ambos sexos se enfrenta cada vez más a dificultades relacionadas con el ejercicio de la sexualidad, como es la práctica de abortos, las uniones matrimoniales precoces, la adquisición de enfermedades venereas o el SIDA, entre otros que van configurando un panorama desalentador para los adolescentes.

Retomando el tema, según CONAPO (*en Stern, 1997, 1998*), la tasa de fecundidad de las adolescentes se ha reducido casi a la mitad en los últimos 20 años al pasar de 150 a 74 nacimientos por cada mil mujeres de este grupo de edad, por su parte, INEGI (*1993*) reporta que en el conjunto de jóvenes, el promedio de hijos nacidos vivos es de 0.9, valor menor al registrado en 1970, el cual

fue de 1.6, por tanto el hecho de que se considere que este tipo de embarazos se ha incrementado se debe a que ha sucedido una disminución de la fecundidad de las mujeres adultas y al crecimiento de la población femenina entre los 15 y los 19 años, la cual pasó de 1970 a 1992 de poco más de dos millones a más de cinco millones, respectivamente, lo que hace que aun en tasas de fecundidad menores, el número de hijos nacidos de madres adolescentes sea muy grande (Stern, 1997, 1998).

Asimismo, en 1990 existían en México 4 904 511 adolescentes de este rango de edad, 511 642 de ellas, es decir el 10.43 por ciento, ya tenían hijos; en estados como Campeche, Chiapas y Quintana Roo más del 20 por ciento de las jóvenes declararon al menos un hijo, mientras que en el otro extremo con menos del 10 por ciento se encontraban los estados de Jalisco, Distrito Federal, Aguascalientes y Nuevo León (INEGI en Welti, 1995a), ese mismo año hubo 12 720 niñas de entre 12 y 14 años que fueron madres (INEGI, 1993; "Embarazo y oportunidades", 1997), estos datos parecen mostrar que si bien la fecundidad infantil no se presenta en la misma proporción que la fecundidad adolescente, ya que en el censo de 1990 se reportó tan solo en un uno por ciento a nivel nacional (Welti, 1995a), no se debe dejar de lado su estudio y atención dentro de las políticas sociales, ya que estos datos se refieren a personas que viven una serie de situaciones problemáticas en una etapa de la vida en que todo cambio puede provocar fuertes crisis emocionales y sociales en el individuo.

Otras estimaciones hechas en el país calculan 500 000 embarazos en la adolescencia, 25 por ciento de los cuales llegan a término ("Embarazo y Oportunidades", 1997). Si se revisan los datos de la década de los ochenta se tiene, según una encuesta realizada en 1987, que un 35 por ciento de las mujeres entre los 20 y los 24 años y un 41 por ciento de las mujeres mexicanas de entre 40 y 44 años habían dado a luz antes de cumplir los 20 años ("La Vida Sexual", 1998), lo que pudiera indicar que conforme ha transcurrido el tiempo y más mujeres han tenido acceso a la educación formal, a la información y mayor acceso a los métodos anticonceptivos y a las oportunidades laborales y sociales en general, ha disminuido la fecundidad adolescente en el país, no así a nivel mundial.

Al respecto, el Instituto Alan Guttmacher (1998 en Internet) asegura que si todos los y las jóvenes pospusieran su primer hijo dos años y medio, la población mundial disminuiría un 10 por ciento para el 2100 y si estos mismos jóvenes lo pospusieran cinco años el decrecimiento poblacional sería del 20 por ciento, es decir, 1.2 billones de personas menos, por ello, sugiere el inicio temprano de la educación sexual en todos los países y la ampliación de los servicios especiales de salud para atender sus problemáticas.

3.1.1.1 Mayor número de embarazos

En la misma línea, se afirma que el embarazo precoz impacta negativamente el crecimiento poblacional, ya que se le asocia un mayor número de hijos y un menor espaciamiento entre ellos, sobre todo en las mujeres de clase socioeconómica baja, y aún en los países desarrollados (Barrera y Kerdel, 1987; Alatorre y Atkin, 1995), lo que contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento de la población (Welti, 1995, y 1996), además de incrementar los riesgos de morbilidad y mortalidad materno infantil.

Los estudios realizados en México, Chile y el Caribe pronostican que las madres adolescentes tendrán más hijos que aquellas mujeres que retrasan su maternidad hasta después de los 20 años ("Los Jóvenes Preparación", 1998), y se verán en mayores desventajas económicas y de salud, debido a que el mayor número de hijos contribuye a tener un menor nivel económico, pues

implica a más personas dependiendo de un ingreso limitado, lo que dificulta superar la condición de pobreza, si es que las jóvenes ya se encontraban dentro de esta línea, o puede ser un factor para que las adolescentes y sus niños se sumen a ella, por los obstáculos que este hecho les origina, pues por una parte estas se encuentran dentro de un proceso donde apenas comienzan a prepararse profesionalmente o a trabajar, por lo que no cuentan con los elementos económicos y educativos para hacerle frente a la maternidad y poder proporcionarle a su hijo los satisfactorios materiales y emocionales que este necesita para su desarrollo, por otra parte, las condiciones sociales y económicas nacionales dificultan aun más su situación, debido a las altas tasas de desempleo abierto, la inequidad en la distribución de la riqueza y a la insuficiencia de servicios educativos y de salud, entre otros factores que limitan el desarrollo de ambos.

En una investigación realizada por Hotz et. al. (1997), en EE.UU. se concluyó que las madres adolescentes tenían en promedio 1.5 más hijos que aquellas que pospusieron la maternidad hasta después de los veinte años, en tanto que en México, las mujeres que fueron madres antes de los 20 años y las que fueron madres después de esta edad representaban dos hijos antes de los 35 años y tres hijos al final de su periodo reproductivo (Welti, 1995b), lo cual parece ser confirmado con los datos que presenta el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000, el cual menciona que las mujeres que tuvieron a su primer hijo antes de los 18 años, 10 años después contaban con una descendencia de 4.2 hijos, en comparación con las mujeres que los tuvieron a los 24 años, quienes alcanzaron, en el mismo periodo de tiempo, una descendencia de 3 hijos, mostrándose así una diferencia de 1.2 hijos entre ambos grupos, si se extiende 10 años más el intervalo se observa que las primeras presentan 6.8 hijos, mientras que las segundas solo 3.7 niños, aun cuando el promedio de hijos deseados para las mujeres de 15 a 19 años es tan solo de 2.8 niños y para las de 25 a 29 de 3.1 (Poder Ejecutivo Federal, 1995b), de lo que se concluye que estas últimas tienen mayores probabilidades de alcanzar el tamaño ideal de familia que han proyectado, al contar con más conocimiento y mayores accesos a métodos anticonceptivos, estar en mayor control de su vida y de las decisiones que las afectan, e incluso haber desarrollado totalmente su capacidad de cuestionamiento y análisis que inició durante la adolescencia, todo lo cual le permite planear con mayor eficacia sus embarazos, aun cuando esto no siempre se da en la práctica, debido a otras cuestiones.

Algunas razones por las cuales las madres adolescentes pudieran volver a reincidir en un embarazo son: la falta de conocimientos sobre planificación familiar, las demandas de su pareja o de su familia para volverse a embarazar, el deseo de retener o mejorar una relación por medio de otro niño o simplemente la falta de interés por regular su fertilidad al no encontrar una razón que las motive a hacerlo.

Por tanto, Stern (1997, 1998) afirma que el mayor número de embarazos en la adolescencia se concentra ampliamente en los sectores más pobres de la sociedad, en donde la fecundidad es alta independientemente de la edad del primer embarazo, por lo que el posponer los embarazos de la población total, sin reducir la elevada fecundidad de estos grupos y sin mejorar sus condiciones de vida, solo logrará reducir mínimamente la tasa general del crecimiento poblacional.

3.1.2 Costo social de la fecundidad adolescente

Al analizar el costo que el embarazo adolescente representa dentro de la sociedad en la que sucede, se visualiza que éste tiene un impacto de dos formas principalmente, el primero se refiere a su participación en el crecimiento de la población, que trae consigo un mayor número de personas en edades no productivas que requieren servicios médicos, educativos y recreativos, y una vez que

han llegado a la edad productiva demandan empleos, viviendas y espacios culturales, entre otros servicios, los cuales son difíciles de satisfacer en una población tan grande, mas cuando esta ha crecido sin ajustarse a una planeación nacional.

El otro impacto repercute en el gasto público, ya que las mujeres embarazadas que no cuentan con el apoyo económico de su pareja o de sus familiares tienen mayores probabilidades de solicitar los servicios de la asistencia pública, como son la atención prenatal, la atención del parto y post parto (Hotz *et.al.*, 1997), así como la información y, en su caso, dotación de los métodos anticonceptivos para evitar un segundo o tercer embarazo, por otra parte, si ella trabaja y no cuenta con redes familiares que la apoyen en el cuidado de su hijo, necesitará dejarlo en una guardería pública, por ser las particulares más caras y estar, en su mayoría, fuera de su alcance.

Examinando algunas implicaciones que la maternidad temprana pudiera tener sobre los niños de estas mujeres se encuentra que, si estos viven con la madre, pero presentan un deficiente crecimiento y un bajo desarrollo educativo, se estarán desarrollando individuos con bajo potencial académico y laboral, que tendrán mayores posibilidades de repetir las condiciones adversas de vida de su familia y requerirán de servicios médicos, psicológicos y pedagógicos especializados que les permitan superar sus problemas de conducta, lenguaje y nutrición; si las desventajas persisten, se estará incluso, potencializando el desarrollo de personas que pueden caer en la delincuencia o la drogadicción o que repetirán el embarazo precoz, si la madre los abandona estos podrían ser confinados en una casa cuna y posteriormente en una casa hogar, o si los niños huyen de su hogar a causa del maltrato infantil producido por ser hijos no deseados o tienen que trabajar en la calle para contribuir a los gastos familiares, pasaran a ser niños de la calle o en la calle, con las consecuencias que al respecto se crean. Todos estos problemas generan de una u otra forma un gasto muy fuerte para la sociedad, aunque justo es decir, no son privativos de los hijos de madres adolescentes, ni aún de hijos de madres que se encuentran en la pobreza, pero estas dos condiciones pueden ahondar el problema.

En México no se cuenta con estudios que muestren cuanto es el gasto público que se destina a la atención de la problemática de la madre adolescente en específico, pero se tienen datos de un estudio realizado en EE.UU. por Moore (1995 en Hotz, 1997), esta investigadora encontró que en el 52 por ciento de las madres que tuvieron su primer nacimiento siendo adolescentes se invirtió en el año en que se hizo la investigación, una cantidad de \$ 12.8 billones de dólares, cantidad que se obtuvo del pago de impuestos, lo que afectó indirectamente a la sociedad, al desviarse fondos del gasto público que de otra forma se podrían haber empleado en el beneficio colectivo. Otro reporte de Mc Grew y Shore, (1991 en Carpintero, 1995), calcula en \$ 16, 6 billones de dólares el costo económico anual que se desprende del embarazo adolescente.

Si bien, se debe recordar las diferencias que privan entre México y este país con respecto al sistema económico y político que prevalece en cada uno, pues mientras que en EE.UU. priva el Estado de Bienestar, el gobierno mexicano al adoptar el Modelo Neoliberal ha buscado cada vez involucrarse menos en los problemas sociales, dejando su solución en la sociedad, de ahí el incremento de las agrupaciones sociales tales como las Organizaciones no Gubernamentales y las Instituciones de Asistencia Privada, algunas de las cuales se dedican a la atención de las mujeres embarazadas que se encuentran en desamparo, en este tipo de instituciones no solo se atiende a las adolescentes, sino a toda mujer que embarazada por primera vez, no cuentan con el apoyo de su pareja o de su familia, buscándose de esta forma que la madre tenga al niño y posteriormente lo ceda en adopción o se haga cargo de él, según decida ella misma. Por lo que el costo colectivo del embarazo adolescente no solo lo absorbe la sociedad a través de la administración pública, sino

también a través de instituciones civiles y privadas creadas específicamente para ello, ante la incapacidad del Estado de financiar todos los gastos que de una u otra forma va generando este problema dentro de la misma.

Asimismo, el embarazo precoz viene a afectar económicamente a la joven y a su pareja, al no estar en posibilidades de superar los obstáculos que este les origina en sus vidas y en la de sus familias.

3.1.3 Transmisión generacional de la pobreza

Es común que al embarazo precoz se le considere como un factor que limita el ascenso social, ya que genera una serie de situaciones adversas que conducen a las adolescentes y a sus hijos a la pobreza, al no permitirle a ellas continuar con su educación formal, lo que a su vez les reduce las posibilidades de conseguir un empleo satisfactorio y recompensado, disminuyendo así, los recursos que posibilitarían un desarrollo integral de sus hijos (Stern, 1997); pero investigadores como Buvinic (*"Perjudica la Maternidad"*, 1997) afirman que la maternidad por sí sola no tiene efectos negativos en la vida de ambos, ya que es una situación transitoria que puede ser vencida por las mujeres, por tanto, esta investigadora asevera que las características adversas que se le atribuyen a la maternidad precoz deben ser un reflejo de diferencias preexistentes en la familia y grupo de origen de la joven, ya que las madres adolescentes, por lo regular provienen de hogares más pobres, que no cuentan con los recursos suficientes para proporcionarles una amplia educación y capacitación, por lo que se argumenta que independientemente del embarazo las mujeres que ya viven en la pobreza no fácilmente lograrán superarla (Alatorre y Atkin, 1995), al no optar por vías alternas, como puede ser la educación, para superar a mediano plazo su situación socioeconómica.

De lo que se deduce que lo que en verdad condiciona estas desventajas económicas es la pobreza que ya vivía la adolescente en su hogar desde antes de embarazarse y a factores que son consecuencia de la misma (Buvinic, 1998), como pueden ser el bajo e inconcluso nivel de educación que tenga la joven, los ingresos limitados de la familia (Alatorre y Atkin, 1995), los problemas intrafamiliares, las deficientes condiciones laborales que no fácilmente pueden cambiar, ya que no cuenta con los elementos educativos que se lo permitan, y las pautas culturales que condicionan a la mujer desde muy temprana edad a ser madre, por lo cual, la adolescente tiene ante sí un futuro sin opciones, de ahí que encuentre que el casarse o tener un bebé no son obstáculos en su vida, antes bien le proveerán de un nuevo estatus como adulta (*"Embarazo y Oportunidades"*, 1997), y por ende, no hará un esfuerzo significativo por impedirlo.

Sin embargo, en estos contextos socioeconómicos no existen adecuadas condiciones de nutrición y salud para la madre, esta carece del apoyo social y de la atención necesaria para el cuidado del embarazo, se da además, una falta de servicios higiénicos adecuados y en ocasiones la adolescente sufre la expulsión de su hogar al conocerse su estado, por tanto, más que considerar que es la edad y los factores biológicos los que constituyen riesgos para la salud y el desarrollo social y económico de la madre o el niño, se puede afirmar que son las condiciones estructurales en las que el embarazo se desarrolla, las que dificultan su desarrollo, en donde la pobreza podría ser catalogada como el factor principal que incluso condiciona al mismo, todos estos elementos pueden anteceder a la maternidad precoz (*"Tentativo"*, 1997), y esta solo hace más difícil su modificación, heredando estas situaciones a los hijos.

En resumen, el embarazo precoz que se da en jóvenes que tienen bajo nivel económico puede ser un factor que no les permita superar la pobreza, por las situaciones económicas y sociales

que genera, como es el mayor número de hijos, la formación de uniones inestables y las limitaciones económicas de los compañeros de las madres adolescentes, de ahí que se afirme que el embarazo adolescente es un mecanismo intermediario en la reproducción de la pobreza porque suma obstáculos para la movilidad social de esa generación y de la siguiente (Buvinic, 1998; Alatorre y Atkin, 1995) produciendo mayores probabilidades de que a su vez, se vuelva a repetir en los hijos, esta pobreza, desarrollando infinitamente un círculo donde destaque el bajo nivel educativo, la escasez de información sobre sexualidad y anticonceptivos, el acceso a trabajos poco remunerados, la insuficiencia de servicios sanitarios, la adopción de patrones culturales tradicionales que encasillan a la mujer en el papel de madre desde muy temprana edad, entre otras situaciones, perjudicando tanto a la adolescente como a su descendencia.

3.1.3.1 Transmisión generacional de la maternidad

De igual forma, se ha relacionado al embarazo precoz con una repetición intergeneracional del mismo (Alatorre y Atkin, 1995), algunos datos muestran que las madres adolescentes tienen dos veces mayores probabilidades de que sus hijas repitan el embarazo precoz (Buvinic, 1998), esta afirmación se ha extraído de los estudios hechos en EE.UU y algunos países de Europa, en donde se ha encontrado que en mayor medida, las madres adolescentes fueron hijas de mujeres que iniciaron su historia genésica en la adolescencia. Asimismo, Haveman et.al. (1997) afirman que hay mayores probabilidades de que las hijas de madres adolescentes se embaracen antes de cumplir 20 años y siendo aun solteras, y que este efecto es esencialmente el mismo para todas las hijas, y no solo para la primera. También, menciona que algunos factores tales como las características de la madre, la asistencia a los servicios religiosos y el ambiente en el que la adolescente creció, pueden contribuir a reducir la magnitud del impacto, mientras que el incremento en los niveles de desempleo tienden a incrementar esta posibilidad.

Para América Latina, algunos estudios como los de Buvinic (1998) y Alatorre y Atkin (1995) muestran que tanto en Chile como en México, las adolescentes embarazadas, en mayor porcentaje, son hijas de mujeres que tuvieron embarazos en la adolescencia.

Este mecanismo no es automático, al igual que la transmisión de la pobreza confluyen otros factores sociales, económicos y culturales que llevan a ella, como es el bajo nivel económico y educativo de las madres y el que las adolescentes tengan menores expectativas educativas para sus hijos, por lo que pudieran influir en los proyectos vitales de sus hijas al construirles, junto con el contexto social que las rodea, una visión de género basado en la maternidad (Alatorre y Atkin, 1995). Igualmente, en algunas familias la madre adolescente es estigmatizada por sus mismos parientes, por lo que estos constantemente están recordándole a la niña que su madre no se conformó a los patrones sociales establecidos, y recalándole que de ella se espera lo mismo, de ahí que la adolescente, en un momento dado, se embarace para cumplir inconscientemente, con estas expectativas y repita de esta forma la maternidad precoz.

En otras ocasiones el embarazo se da después de una gran represión y una falta de interrelación entre madre e hija, ya sea por los conflictos que entre padres e hijos se desarrollan una vez llegada la adolescencia o por la falta de tiempo o de motivación para establecer una relación más estrecha donde prive la comunicación entre ambas partes, por lo que las relaciones sexuales de la adolescente surgen como rebelión, como desafío, o como una demostración de independencia o de expresión de su propia validez, y una vez embarazada, la joven demuestra su independencia y sexualidad (Barrera y Kerdel, 1987), a la par que reprocha a la madre sus errores, suponiendo que esta no tendrá argumentos morales para reprenderla o conociendo que en su medio social se

aceptará su embarazo, por ser un patrón reproductivo que se da con cierta frecuencia (Kahn, Anderson, 1992; Geronimus, 1992 en Alatorre y Atkin, 1995).

Por su parte, Alatorre y Atkin (1995) realizaron una investigación que les permitió estudiar la repetición intergeneracional del embarazo adolescente y la pobreza en México. En este estudio, los autores concluyeron que las variables asociadas con el embarazo de las mujeres de la primera generación, esto es de las abuelas, que repercutieron en el embarazo precoz de sus hijas son: el estado civil de la abuela al momento del primer embarazo, el número total de hijos y su nivel económico, en este caso, la pobreza estaba muy relacionada con el embarazo temprano, ya que el 65 por ciento de las abuelas que vivió en condiciones socioeconómicas precarias repitió en la segunda generación condiciones semejantes, esta similitud en cuanto a condiciones socioeconómicas se puede explicar a través del estado civil de las dos generaciones, pues como se ha visto en otros estudios (Signé, Wulf, 1990; Furstenberg, Brooks-Gunn, Morgan, 1987 en Alatorre y Atkin, 1995), las madres adolescentes tienen mayores probabilidades de vivir sin pareja o en uniones libres (Alatorre y Atkin, 1995), por tanto, no cuentan con un compañero fijo que comparta los gastos para la manutención de ellas y de sus hijos y por ende deben salir del hogar para trabajar, teniendo que descuidar sus funciones educativas, y dejando sin vigilancia y orientación a sus hijos durante gran parte del día, por lo que llegada la adolescencia, los jóvenes encuentran espacios dentro del mismo hogar para llevar a cabo sus actividades sexuales sin protección, pudiendo llegar a embarazarse, aun en la primera relación sexual, repitiendo así el embarazo precoz en la siguiente generación, y contribuyendo de esta forma en la perpetuación de las condiciones adversas de vida para los hijos de estas mujeres.

3.1.4 Imposibilidad para concluir los estudios

En cuanto a la educación, se afirma que el embarazo dificulta a las adolescentes el continuar o concluir con sus estudios, ya que si estas no han sido expulsadas de los establecimientos educacionales al ser evidente su embarazo, posterior al parto deben asumir la crianza de su hijo, lo que les impide continuar en la escuela (The Population Reference Bureau, 1996).

Se habla de un expulsamiento de las instituciones educativas ya que algunas escuelas del nivel básico y medio se muestran hostiles hacia las jóvenes embarazadas, lo que constituye un impedimento para que prosigan con sus estudios, puesto que estas encuentran pocos incentivos para permanecer o regresar a la escuela (Moore & Rosenthal, 1995). La explicación a estas actitudes se debe a que las instituciones educativas, en su mayoría están orientadas hacia el adolescente soltero y sin empleo, por ello sanciona a los jóvenes que no se conforman a las normas de comportamiento de su grupo de edad, asimismo, los profesores pueden considerar que los alumnos casados, las embarazadas o las que son madres pudieran corromper la moral de los demás e incitarlos a seguir su ejemplo (Grinder, 1982), por ello, buscan impedirlo cortando de tajo el problema, es decir, dificultando o incluso evitando el acceso de dichos jóvenes a la educación, aun cuando no existe ningún impedimento oficial ni educativo que así lo señale.

De igual forma, la madre adolescente requiere de un apoyo económico extra para retomar sus estudios, pues necesita cubrir los gastos en colegiaturas, uniformes y útiles escolares, además de alimento, ropa, medicamentos y accesorios para ella y para el bebé, por lo cual le resulta difícil afrontar los costos, si es que ella es quien se esta manteniendo, de igual forma pasa con su familia o su pareja, dependiendo de quien la apoye, por lo que la crianza de un niño limita o imposibilita a la

madre el continuar estudiando, al demandarle tiempo y dinero en beneficio de su desarrollo y crecimiento.

Para combatir este tipo de problemas, en otros países se han creado escuelas especiales para adolescentes embarazadas, en las cuales, aparte de darles clases normales según su grado de instrucción, por las tardes se les enseña los temas relacionados con el cuidado durante el embarazo y la atención del bebé, sin embargo Furstenberg (1976 en Moore & Rosenthal, 1995) encontró que estas escuelas no incrementan substancialmente la probabilidad de que ellas continúen y concluyan los subsecuentes grados de educación.

Las investigaciones más recientes indican que la variable educacional tiende a romper el círculo de la pobreza (Buvinic, 1997); como ya se ha visto a lo largo de este capítulo, esta es uno de los factores que mayormente condiciona a la maternidad adolescente y los problemas que se suceden. Así, se tiene que las madres adolescentes en general tienen baja escolaridad, pero más que considerar que el embarazo es un impedimento para que continúen en la escuela, como bien sucede en otros países, es la falta de recursos económicos y las cuestiones socioculturales quienes las obligan a abandonar sus estudios, aún antes del embarazo, por lo tanto, son los problemas estructurales como el nivel socioeconómico del grupo familiar del que proviene la joven, así como los obstáculos que la sociedad le interpone, los que impiden que ella no solo no pueda concluir sus estudios, sino que condicionan su mismo embarazo y la pobreza en la que vivirá junto con sus hijos (Welti, 1995b; Alatorre y Atkin, 1995; Stern, 1997, 1998), asimismo, si las jóvenes ya no continúan estudiando después del embarazo es por la falta de recursos económicos, o por el escaso apoyo de sus padres ("Tentativo", 1997) y la necesidad que estas tienen de cuidar de sus hijos y de trabajar, no encontrándose en posibilidades de agregar una actividad más a sus tareas cotidianas, ya que estas le consumen la mayoría de su tiempo y energías.

3.1.4.1 Bajas expectativas educativas para los hijos

Por otra parte, parece ser que la fecundidad adolescente influye en las aspiraciones educativas que las madres adolescentes tienen hacia sus infantes. En el mismo estudio que realizaron Alatorre y Atkin (1995) se encontró que las mujeres de la segunda generación que fueron madres en la adolescencia tenían menores expectativas escolares para sus hijos, quienes no esperaban que estos estudiaran más allá del nivel medio, lo cual pueden impactar negativamente en el futuro económico de esta nueva generación, al limitar sus oportunidades laborales por falta de motivación e interés en la educación de los niños.

Estas mismas perspectivas pueden llevar a las madres a hacer que sus hijas valoren más el matrimonio y la crianza de los niños, que la escuela, por lo que esta podría ser una explicación de la llamada transmisión generacional de la maternidad (Alatorre y Atkin, 1995), ya que ellas antes que visualizar a la educación como una opción de desarrollo que les permitirá a largo plazo superar su actual forma de vida, aprende de su madre que a pesar de las condiciones adversas en las que vive deberá acceder a la maternidad para alcanzar su realización como mujer.

3.1.5 Jefatura femenina

En cuanto a las repercusiones socioeconómicas, los análisis realizados en Chile, México y el Caribe, muestran que la maternidad temprana tiene efectos negativos sobre las opciones de matrimonio de la mujer, asimismo, las madres adolescentes tienen menores posibilidades de que el padre biológico de sus hijos sea la cabeza de familia del nuevo hogar, y es aún más baja la

posibilidad de que él se haga responsable del financiamiento y manutención del menor, sobre todo si no se casan, y es más probable que los abuelos maternos sean quienes tomen estas atribuciones (Buvinic, 1998; "Los Jóvenes Preparación", 1998) y colaboren en el mantenimiento del niño junto con la adolescente. Ahora bien, Alatorre y Atkin (1995) afirman que las madres adolescentes viven en condiciones socioeconómicas más desfavorables ya que tienen mayor probabilidad de vivir sin pareja o en uniones libres, lo cual implica dependencia del apoyo familiar y la obtención de ingresos precarios por su falta de preparación.

Ya sea que la adolescente viva con su pareja y posteriormente se separen, o él la abandone o que nunca se unan, finalmente todas estas situaciones desembocan en el problema de las mujeres jefas de hogar, el cual es un fenómeno al que se le asocia con el círculo de la pobreza.

Diversos estudios hechos en los países de América Latina muestran que la cantidad de hogares que tienen por jefa de familia a una madre soltera joven, han aumentado (*"Libre Determinación Sexual"*, 1997) desde la década de los ochenta (Acosta, 1995), particularmente en la región del Caribe. Esta prevalecencia es mayor en áreas urbanas que en las rurales y está más acentuada entre los grupos urbanos de bajos ingresos que en el total de la población.

Con relación a las implicaciones que este hecho genera, se encuentra la inestabilidad económica y familiar, por ejemplo, Buvinic et al. (1991 en Acosta, 1995), en el estudio que llevó a cabo en Chile con madres adolescentes jefas de familia, sugiere que estos hogares pueden ser especialmente vulnerables desde el punto de vista económico y social y pueden conducir a la transmisión generacional de la pobreza, ya antes abordada.

En la revisión de 22 trabajos de diferentes países de esta región que al respecto hizo esta misma autora (1990 en Acosta, 1995), se encontró que en comparación con los hogares con jefatura masculina, estas familias muestran mayores efectos negativos en el bienestar infantil y enfrentan un riesgo mayor de ser pobres, lo cual está asociado a la condición de ser mujer, ya que por lo general, ellas sufren discriminación laboral, tienen un deficiente nivel educativo y más bajo acceso a recursos productivos, por lo tanto, obtienen menores ingresos, además de contar con la responsabilidad del trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, lo que se traduce en una doble jornada laboral que consume sus energías y las lleva a escoger empleos más compatibles con esa responsabilidad pero de menor remuneración económica (Acosta, 1995).

3.1.5.1 Bajo nivel laboral y menores ganancias económicas

Retomando la idea anterior, los estudios revisados por Buvinic en Chile, Guatemala, Barbados y México (1998), muestran que la maternidad adolescente está asociada con adversas condiciones socioeconómicas y con pocas oportunidades de ganancia para las madres. En el estudio de Chile, las madres adolescentes reportan trabajar más y ganar menos, ya que una vez embarazadas, las adolescentes pueden encontrar dificultades para retomar sus estudios y por lo tanto recibir o concluir una capacitación laboral que les permita conseguir un trabajo remunerado.

Si estas pretenden trabajar embarazadas, es común que se encuentren con obstáculos para conseguir y conservar el empleo, ya que por lo regular se les solicita a las mujeres un certificado de no gravidex, para así comprobar que no se encuentran embarazadas, debido a que esto es visto por los patrones como una carga económica que en lo posible deben evitar.

Otras situaciones a las que se le atribuye el que una madre adolescente gane menos son la discriminación laboral por sexos, ya antes mencionada, y la división sexual del trabajo, al respecto, el presidente de la Sociedad Mexicana de Demografía (SOMEDE) Rodolfo Tuirán, explica que a las mujeres se les confina al ámbito hogareño y se les segrega a ocupaciones que trasladan el modelo doméstico al espacio laboral, lo que implica menor valoración social, salarios más bajos ("*Perjudica la Maternidad*", 1997) y pocas posibilidades de ascensos a puestos de mayor jerarquía.

Por otra parte, en la revisión de las investigaciones que Buvinic (1998) realizó se encontraron diferencias en las ganancias económicas de las mujeres adolescentes y las adultas, esto se puede atribuir a la escolaridad, ya que una joven, en la mayoría de los casos no ha terminado sus estudios, además, si se comparan grupos de mujeres adolescentes con adultas, estas últimas cuentan con mayor experiencia dada por los años, por ello se encuentran en posibilidad de ganar más en un empleo. También dedican más tiempo al trabajo que las madres adolescentes, quienes deben cuidar de su hijo, al respecto Hotz (*et. al.*, 1997) encontró que estas invierten dos veces más su tiempo entre las edades de 14 a 30 años en atender a sus hijos, debido en parte a la ausencia de su pareja para cooperar en el bienestar y desarrollo del niño

Además de ello, a edades tempranas la madre adolescente trabaja significativamente pocas horas, (entre 370 y 90 horas por año) mientras que a mediados de los veinte años y hasta los treinta trabaja más que si hubiera retardado su maternidad (entre 130 y 500 horas). En otros trabajos, también se ha comprobado que la madre adolescente trabaja menos horas en un empleo cuando sus hijos son pequeños y más horas cuando estos crecen; pues en promedio trabajan 820 horas por año durante sus 20 años, y se estima que si ellas hubieran retardado su maternidad entre tres y cuatro años trabajarían 20 por ciento menos horas (Hotz *et. al.*, 1997).

En esta situación influyen también el nivel económico de la adolescente, ya que en los estudios revisados por Buvinic, (1998) entre madres adolescentes y madres adultas pobres y no pobres, se encontró que las adolescentes que no eran pobres tuvieron menos probabilidades que las adultas no pobres de trabajar en los primeros cinco años del niño, así como ser jefas de familia y proveer un soporte económico. En tanto que las adolescentes y mujeres adultas pobres no contaban con diferencias significativas entre sí en cuanto a horas, días y meses trabajados y tuvieron mayor probabilidad de proveer con un soporte financiero a sus niños.

Es menester mencionar que muchas mujeres no inician su participación laboral por aspiración propia, sino motivadas por las condiciones estructurales del país y las que ellas viven en sus contextos de vida, en donde el abandono total o parcial de su pareja y la falta de apoyo familiar y social las obliga a participar en el mercado laboral (Orlandina y García, 1990), aún cuando estas desearían dedicarse exclusivamente al ámbito doméstico y por tanto no se prepararon con antenoridad para desempeñar trabajos profesionales.

3.1.6 Consecuencias para la salud de la adolescente embarazada

En otra línea, el nacimiento del primer hijo conlleva riesgos potenciales para la salud de todas las mujeres, mismos que se incrementa en el caso de las adolescentes, incluso cuando el embarazo es planeado.

Investigaciones sobre las consecuencias en la salud muestran que las adolescentes embarazadas tienen altos índices de complicaciones durante el embarazo, así como una mayor morbilidad y mortalidad materna por causas relacionadas con el embarazo, el parto o los abortos

provocados en condiciones antihigiénicas, cuentan además, con mayores probabilidades de tener un parto prematuro, bajo peso al nacer sus bebés y muerte perinatal dentro de los primeros 28 días (Siedlecky, 1985; Strobino 1987 en Moore & Rosenthal, 1995; Carpintero, 1995). Esto se debe en parte al deficiente acceso al cuidado prenatal y a la baja asistencia a consultas médicas, sin contar con los problemas de salud mental que se derivan del impacto que el embarazo no deseado viene a provocar en la joven (Carpintero, 1995; "Tentativo", 1997) dando como resultado un embarazo de alto riesgo.

Se han detectado consistentemente dos grupos de adolescentes embarazadas de alto riesgo: las muy jóvenes y las multiparas (Lenkiewicz et. al., 1994), además de las que tienen su primer embarazo, las que tienen embarazos con un intervalo corto de tiempo entre uno y otro y las mujeres maduras (Committee on Population, 1990). En el caso de las adolescentes, estas no cuentan con sistemas reproductivos completamente maduros y no han concluido con su proceso de crecimiento ("Tentativo", 1997), además de no darse cuenta de su embarazo o negarlo, por lo que retrasan la atención prenatal.

A últimas fechas se ha puesto a discusión cuales son las verdaderas causas de que se considere de alto riesgo al embarazo adolescente, ya que anteriormente se sustentaba que eran factores biológicos como el inadecuado desarrollo físico, el bajo nivel nutricional y la edad quienes determinaban que el embarazo precoz fuera más peligroso (United Nations, 1989), pero actualmente se considera que estas complicaciones se deben mas bien a las condiciones sociales y económicas adversas en las que vive la madre y en las que se desarrolla el embarazo, las cuales repercuten negativamente en el nivel nutricional de la joven y del producto y en la utilización de los servicios de salud para el cuidado prenatal (Stern, 1997, 1998; United Nations, 1989), ya que en condiciones adecuadas de nutrición, salud, atención, y en un contexto social y familiar favorable, el embarazo de mujeres entre los 15 y 19 años no conllevan mayores problemas de salud materna e infantil que un embarazo a los 20 o 25 años, y es solo a edades muy tempranas, menores a dos años postmenarca, esto es a los 14 años, en promedio, cuando se constituye en un riesgo en términos biológicos (Stern, 1997, 1998; Makinson, 1885; Geronimus, 1987 en United Nations, 1989).

3.1.6.1 Ausencia del cuidado prenatal

La consulta tardía es una problemática que agudiza al embarazo adolescente, lo que dificulta la detección de patologías y la adecuada preparación para el parto, en este aspecto confluyen los siguientes hechos: desconocimiento acerca de su cuerpo, un periodo de ocultamiento del embarazo, alteraciones del ciclo menstrual propios de la edad, mismo que determinan que las jóvenes se enteren tardíamente de su estado, falta de recursos económicos propios y no reconocer como suyo el derecho a la salud ("Tentativo", 1997); aunado a esto se encuentra la ignorancia sobre la importancia de la atención prenatal, la renuencia a aceptar el embarazo hasta que éste se encuentra avanzado y la falta de personal médico calificado y de unidades médicas, sobre todo en las áreas suburbanas y rurales del país (García y cols. 1993).

Después de revisar los datos que aportan las investigaciones se puede deducir que son tres los grupos de mujeres adolescentes que en mayor medida no asisten al control médico, estas son: las adolescentes de escasos recursos, las que ya han sido madres y las muy jóvenes ("Tentativo", 1997; Wiemann et. al., 1997).

La edad es un factor que influye en la capacidad de búsqueda de control prenatal ("Tentativo", 1997), tan solo en EE.UU. un 55 por ciento de las adolescentes lo recibe tarde o no lo

recibe (Wiemann et. al., 1997), esto se debe a que las jóvenes, por su corta edad, no cuentan con la conciencia de salud e ignoran la importancia del cuidado del embarazo, aunado a las condiciones emocionales y sociales que rodean el comienzo del mismo que determina que ni siquiera piensen en la necesidad de controlarse ("Tentativo", 1997).

En las jóvenes que ya han sido madres anteriormente el no asistir al control del embarazo en forma regular se puede deber a que ellas creen tener suficiente conocimiento sobre cuestiones de maternidad, lo que las hace sentir que conocen como cuidarse ellas mismas en su segundo o tercer embarazo, así como la falta de tiempo por estar atendiendo a dichos hijos o encontrarse trabajando, además de factores culturales como el que no se les haya enseñado a cuidarse durante la gestación, y el anteponer a sus hijos antes que la atención de ellas mismas (Wiemann et. al., 1997; "Tentativo", 1997).

Wiemann y colaboradores (1997) realizaron en EE.UU. un estudio con 533 adolescentes embarazadas menores de 18 años para conocer los factores de riesgo que llevan a la adolescente a comenzar tarde su cuidado prenatal, se obtuvo que un 47 por ciento inicio la atención prenatal después de las 12 semanas de gestación, en contraste con los datos aportados por las investigaciones hechas con mujeres adultas embarazadas. Las adolescentes que no tenían contacto con el padre de su hijo tuvieron 4.2 veces más probabilidades de no comenzar en el primer trimestre, de ahí que los autores consideren que el contar con el apoyo de la pareja es un motivo y un soporte emocional para que estas puedan enfrentar su embarazo y realicen las acciones necesarias para que sea exitoso.

En el mismo examen se encontró que las adolescentes que no habían tenido un aborto antes, las que no habían usado alcohol en los últimos 30 días y las que solo habían tenido una pareja sexual en los 12 meses anteriores tuvieron mayores probabilidades de recibir tarde el cuidado prenatal que aquellas que habían exhibido conductas de riesgo, en parte porque las adolescentes con estos comportamientos se percibían ellas mismas con mayores necesidades de ser atendidas, debido a que podrían haber adquirido enfermedades de transmisión sexual o a que tenían mayores probabilidades de haber sido expuestas con anterioridad al sistema de salud, de ahí que buscaran mayormente la atención médica durante las primeras semanas del embarazo.

Finalmente, las que recibieron el cuidado prenatal después de las 12 semanas de gestación eran significativamente más jóvenes, con menor nivel de educación, tenía menores probabilidades de ser empleadas, de haber tenido un aborto, elegido o espontaneo, y tuvieron mayores probabilidades de estar viviendo con su madre o familiares, de haber tenido anteriormente un niño, y de reportar que su embarazo era indeseado.

Por presentar la joven mayores riesgos durante la gestación y el parto, es necesario que las adolescentes estén informadas sobre la importancia de la atención prenatal, asimismo deben asistir a por lo menos cinco consultas médicas durante su embarazo, por tanto, los servicios de salud deben estar accesibles a ellas e informárseles sobre los signos de alarma para la detección temprana de patologías propias del embarazo ("Por una Maternidad", 1998).

3.1.6.2 Trastornos del embarazo

Los trabajos médicos indican que las adolescentes embarazadas tienen mayores probabilidades de sufrir de anemia, de aborto espontáneo, incidencia de gestosis, de enfermedades hipertensivas, como es la toxemia (hipertensión inducida por el embarazo), o de eclampsia (una etapa avanzada de la toxemia que incrementa la presión arterial poniendo en peligro la vida de la madre y del niño), así como alteraciones de peso (Barnett, 1994; Carpintero, 1995; "Tentativo", 1997), todo ello como consecuencia de que el organismo de la adolescente aun no ha terminado de formarse y prepararse para la gestación y el momento de parir (Committee on Population, 1990; United Nations, 1989).

Los factores de riesgos que vienen a conjugarse con el embarazo adolescente son: el bajo nivel nutricional, el abuso de sustancias tóxicas, las infecciones genitales, los parásitos, y la falta de inmunización contra el tétanos neonatal, así como las enfermedades de transmisión sexual (United Nations, 1989), la pobreza y el escaso cuidado prenatal.

Otros autores señalan que los riesgos biológicos y fisiológicos para la salud de la madre y el niño son ligeramente superiores a los embarazos que se suceden después de los 20 años, y es solo en edades por debajo de los 15 años que se pueden esperar riesgos por factores biológicos (García y col., 1993; Stern 1997,1998) ya que las madres menores de 15 años tienen mayor peligro de presentar complicaciones durante el embarazo, tales como: la toxemia, infecciones urinarias y vaginales y hemorragias post parto, la cual es dos veces más alta entre los 13 y 15 años que entre los 20 y 29 años. (García y col., 1993; "La Vida Sexual", 1998).

3.1.6.3 Complicaciones durante el parto

De igual manera, se le atribuye al embarazo adolescente un trabajo de parto prolongado u obstruido, debido a que la pelvis es demasiado estrecha para permitir el paso de la cabeza del niño (Committee on Population, 1990), por ello, puede ser necesario realizar una cesárea o bien un parto natural mediante fisuras recto vaginales que permitan la salida del bebé, pero si no se actúa a tiempo pudiera sobrevenir la ruptura del útero y la muerte del feto o de la madre. Otras complicaciones que pueden presentarse son la fibrosis, las lesiones en la vejiga o en los intestinos y las infecciones uterinas o del aparato reproductor, las cuales, tienen un importante impacto en la fecundidad y en la salud de la mujer (Carpintero, 1995; United Nations, 1989).

En el caso de las madres menores de 15 años se reporta, en mayor medida, el uso de fórceps, además de mayores problemas durante el parto, tales como la ruptura de membranas, parto pretérmino, cesáreas, y complicaciones post parto, que en la población materna adulta. Asimismo, en las adolescentes en general se reporta un mayor índice de pérdidas fetales, mortinatos y partos prematuros ("La Vida Sexual", 1998).

Puffer y Serrano (1975 en United Nations, 1989) sugieren que el incremento en la frecuencia de los partos prematuros entre adolescentes se puede deber a factores biológicos que ponen en riesgo la salud de la joven y su hijo, como lo es: el inadecuado desarrollo físico o el bajo nivel nutricional, además de que la madre vive frecuentemente en condiciones sociales y económicas adversas, lo que repercute negativamente en la utilización de los servicios de salud para el cuidado pre natal y post parto.

3.1.6.4 Dificultades producidas por abortos

Un importante número de embarazos en la adolescencia terminan en aborto, ya sea espontáneo o inducido, se estima que por lo menos un tercio de todas las mujeres que buscan atención hospitalaria a causa de las complicaciones de los abortos tienen menos de 20 años de edad. Por otra parte, aproximadamente dos millones de adolescentes de los países en desarrollo se someten a abortos en condiciones de riesgo cada año (*"Adolescentes: Salud"*, 1997), y por lo menos un 10 por ciento de todos los abortos que se realizan en el mundo ocurren en adolescentes de 15 a 19 años, tan solo en América Latina se calcula que una de cada tres gestaciones termina en aborto (*Population Reference Bureau*, 1996).

En una investigación realizada por el Instituto Alan Guttmacher sobre la anticoncepción y el aborto en seis países latinoamericanos: Brasil, Chile, Colombia, República Dominicana, Perú y México, se encontró que de cada 100 mujeres que se provocan un aborto, entre un 30 y un 45 por ciento sufren complicaciones, aunque solo entre un 20 y un 30 por ciento son hospitalizadas para su tratamiento. Este mismo trabajo estimó para México durante 1990, un total de 533 100 abortos inducidos, la proporción por cada 100 nacidos vivos fue de 21 y la tasa anual por cada 100 mujeres de 15 a 49 años fue de 2.33 (*"La Realidad del Aborto"*, 1994).

Es difícil conocer el índice de abortos que se dan en México y en los países donde éste resulta ilegal, ya que por su mismo carácter, las mujeres y las personas que se dedican a practicarlos, no fácilmente proporcionan este tipo de información, por temor a ser sancionados o por miedo a la condena y el rechazo social, por ello, una forma indirecta de calcular los abortos es mediante las mujeres que solicitan servicios de salud para atenderse de las complicaciones que surgen de un aborto practicado en condiciones antihigiénicas. En el país se estima que cada año se practican entre 110 000 y 850 000 abortos (*Barraza*, 1998) en mujeres de todas las edades, los cuales presentan complicaciones posteriores que necesitan hospitalización o llevan a la mujer a la muerte, ya que el aborto es la cuarta causa de muerte materna reconocida oficialmente (*"Despenalización del Aborto"*, 199), estas estimaciones se encuentran por debajo del número real, ya que no todos los abortos se reportan, ni aun en los censos nacionales.

La tasa de mortalidad provocada por abortos de alto riesgo se estima en un total de 1 000 por cada 100 000 abortos, pero cuando se realiza el aborto en condiciones higiénicas y con técnicas asépticas, la tasa de mortalidad disminuye a menos de una muerte (0,6) por cada 100 000 abortos (*Barnett*, 1994).

Otros análisis del Instituto Alan Guttmacher, señalan que en México existe alrededor de un millón 255 mil 800 embarazos no deseados anualmente, de ellos, unos 540 mil terminan en aborto. Asimismo, se calcula que entre el 30 y el 40 por ciento de las mujeres que interrumpen su embarazo tienen alguna complicación, lo anterior se desprende de la cifra de 118 mil 790 mujeres que acudieron en 1990 a atenderse en instituciones de salud pública y de seguridad social a causa del aborto (*"Despenalización del Aborto"*, 199).

Los problemas de salud a los que se enfrentan las mujeres al practicarse abortos de alto riesgo son: a corto plazo, las lesiones producidas por el procedimiento mismo, tales como la perforación del útero, heridas cervicales, hemorragias e infecciones causadas por un aborto incompleto o por la introducción de bacterias en el útero, e incluso la muerte (*Barnett*, 1994; *Carpintero*, 1995). Las complicaciones a largo plazo pueden ser un mayor riesgo de embarazo ectópico, la infección pélvica crónica, una posible esterilidad y el cáncer de cuello uterino (*Barnett*,

1994; "La Vida Sexual", 1998). De igual forma, existen evidencias de que las adolescente tienen mayores probabilidades de sufrir traumas cervicales, mismos que pueden tener implicaciones negativas en la concepción futura y en el embarazo (Siedlecky, 1985; Strobino, 1987 en Moore & Rosenthal)

En el caso de las jóvenes, ellas tienen menos probabilidades de obtener el aborto en los primeros meses del embarazo, (Hayes, 1987; Strobino, 1987 en Moore & Rosenthal), lo cual incrementa los riesgos de salud, ya que el tener un aborto sin riesgos en la adolescencia es caro, en el país se cotiza entre uno y cuatro salarios mínimos (Nuñez y col. 1994), igualmente, el acceder a servicios médicos después de haber tenido un aborto no es fácil, ya que pueden encontrarse ante obstáculos médicos, culturales y legales que se los impidan, uno de ellos puede ser el temor de que sean juzgadas o regañadas por los prestadores de servicios de salud, o que estos no tengan la sensibilidad necesaria para atenderlas y orientarlas al respecto (Barnett, 1994).

Aún así, las jóvenes y las mujeres que se practican un aborto, necesitan acceso a servicios adecuados si tienen complicaciones, además de consejería sobre anticonceptivos para evitar otro embarazo no deseado, todo esto debe estar acompañado de la privacidad y la confidencialidad necesaria para brindarles confianza, pues éstas pudieran sentirse incómodas o temer el rechazo si su familia y su comunidad se entera de su aborto.

3.1.6.5 Mortalidad materna

Estudios médicos indican que el primer embarazo se asocia con un riesgo mayor de mortalidad materna, (United Nations, 1989; Committee on Population, 1990) pero se reporta que la edad de defunción materna entre los 15 y 19 años es dos veces superior a las que corren las embarazadas de entre 20 a 25 años, y para aquellas mujeres de 10 a 14 las tasas de mortalidad pueden ser cinco veces más altas que para quienes tienen 20 años o más (The Population Reference Bureau, 1996; "La Vida Sexual", 1998; Meacham, 1998).

En el país las principales causas de muerte materna, en mujeres de todas las edades, son: toxemia, hemorragia, sepsis y complicaciones por aborto ("Por una Maternidad", 1998). Esta mortalidad puede evitarse si a cada una de las mujeres se les detecta a tiempo los síntomas de riesgo, mediante el control del embarazo y el cuidado prenatal.

También la mortalidad infantil es mayor en hijos de madres adolescentes, según la Secretaría de Salud el 27 por ciento de las hijas e hijos que sobreviven a la muerte de la madre morirán antes de cumplir un año de vida ("Por una Maternidad", 1998), por falta de cuidados maternos y el suministro de anticuerpos proporcionados por la leche materna, entre otros factores.

3.1.7. Consecuencias para la salud y el desarrollo de los hijos de madres adolescentes

En concordancia con lo anterior, existen evidencias limitadas de que los niños que nacen de embarazos precoces o no deseados son propensos a enfrentar mayores riesgos de mortalidad durante el primer año de nacidos ("La vida Sexual", 1998), así como mayores problemas psicológicos y de salud (Committee on Population, 1990). Al respecto Scrimshaw (1978 en Committee on Population, 1990) especula que los progenitores tienen menos deseos o capacidad de atender debidamente a los niños que nacen de embarazos no planeados, que es el caso de la mayoría de los embarazos adolescentes, así, se da una falta de cuidados ya sea consciente o inconscientemente hacia el infante, aunado a ello, el niño nace en un ambiente de tensiones, como

resultado de la desaprobación familiar y de la sanción social. (*Committee on Population, 1990; Tentativo, 1997*) lo que de por sí resulta problemático para la nueva familia y contribuye a incrementar estas dificultades.

Otras causas que pueden explicar esta situación son que un embarazo es fisiológicamente más tensionante para las adolescentes, porque sus sistemas reproductivos todavía no están del todo maduros y su crecimiento no se ha completado, además de ello, las jóvenes son menos aptas para buscar y recibir la atención prenatal adecuada y están menos preparadas psicológica y materialmente para cuidar del menor (*Committee on Population, 1990*).

Y aún cuando parece ser que los hijos de adolescentes tienen mayores problemas de salud, eso no implica necesariamente que utilizan en mayor medida los servicios de salud o que sus padres gastan más en médicos, en primer lugar porque tienen más bajos ingresos o no cuentan con seguro médico, por lo que hay menores probabilidades de que los padres lleven a sus niños al médico (*Wolfe, 1994 en Wolfe & Perozek, 1997*) y en segundo porque ellos usan los servicios subsidiados y el cuidado de primer nivel más que el de especialistas (*Mitchell, 1991 en Wolfe & Perozek, 1997*), por lo que se deduce que es más probable que los gastos que generan sean pagados por otras personas que no sean los padres, como pueden ser los parientes o la sociedad en general, en comparación con los niños de madres no adolescentes.

3.1.7.1 Durante la gestación y al momento de nacer

Existe en los hijos de adolescentes una mayor incidencia de problemas de prematuridad, bajo peso, crecimiento intrauterino retardado y mayor mortalidad durante los primeros días y durante su primer año de vida (*Committee on Population, 1990; Carpintero, 1995; "La Vida Sexual", 1998*). De igual manera, se considera que la prematuridad es más frecuente entre las madres que tienen bajas condiciones socioeconómicas, es importante mencionar que un niño que nace prematuramente tiene una mayor posibilidad de enfrentarse a trastornos de crecimiento físico y del desarrollo mental, en comparación con aquellos que nacieron a término (*Barrera y Kerdel, 1987*), asimismo, los bebés que nacen después de un intervalo muy corto entre un embarazo y otro tienen mayores probabilidades de nacer con menos peso o ser prematuros (*United Nations, 1989*). Otros estudios indican que son los niños de madres menores de 15 los más propensos a nacer prematuramente o con bajo peso (menos de 2 500 grs.) (*United Nations, 1989*), así como a sufrir más frecuentemente de desnutrición y diarrea que los hijos de madres de 20 a 34 años, debido al bajo apoyo familiar y social y a los problemas económicos por los que atraviesan sus padres (*Carpintero, 1995*), igualmente, es más frecuente que la madre reciba la atención prenatal tarde, lo que no permite que se detecten a tiempo varios de los signos de riesgo para el bebé.

En este rubro también existe una discusión en torno a cuales son los factores que ponen en riesgo la salud del niño, ya que por una parte se afirma que la edad de la madre al momento de embarazarse solo repercute negativamente en el caso de las mujeres menores de 15 años, por lo que se podría considerar que son más bien los problemas derivados de la pobreza los que condicionan dichos trastornos, no obstante, existen evidencias tentativas de que aun cuando el embarazo tenga lugar en condiciones favorables, los problemas de salud para el menor persistirán, por lo que aun no existen conclusiones contundentes al respecto (*Committee on Population, 1990; Population Reference Bureau en "Introducción: Salud", 1997*).

3.1.7.2 Morbilidad del niño

La maternidad adolescente esta asociada con un menor nivel económico y con la ausencia de la pareja, ya sea temporal o permanentemente, lo que significa que el niño tienen mayores probabilidades de no contar con una figura paterna que complemente su educación y le proporcione afecto y cuidados, así como un sustento económico y límites de autoridad, por ello mismo se reporta en estos niños un menor desarrollo psicológico y de lenguaje, desventajas en el nivel de nutrición, problemas de conducta, mayor incidencia en trastornos orgánicos, así como mayores fracasos escolares (Alatorre y Atkin, 1995; Buvinic, 1998; Carpintero, 1995; "Perjudica la Maternidad", 1997), entre los que se contempla la tendencia a repetir el año escolar, mayores problemas de desarrollo cognitivo, sobre todo en matemáticas y comprensión de lectura, y menores probabilidades de completar la educación básica (Anderson, et. al., 1997). Ahora bien, un análisis realizado en EE.UU. reporta que los hijos nacidos de adolescentes de 18 y 19 años tienen significativamente mayor probabilidad de huir de casa por lo menos una vez en su vida, comparado con niños de madres entre 20 y 21 años, aunque en sí es pequeño el número de casos que se presentan en este país sobre el tema (Anderson, et. al., 1997), mientras que para el caso de México no se contó con datos al respecto que permitieran reforzar o rechazar esta afirmación.

Se atribuye este tipo de problemas a la ausencia paterna debido a que existen evidencias tentativas de que el contacto con el padre tiene un efecto positivo sobre el niño, que lo ayuda en su desarrollo social y cognitivo. (Moore & Rosenthal, 1995).

Sin embargo, todos los problemas antes mencionados no son tan marcados si se comparan con los niños de madres entre 20 y 21 años, pero si se usa al grupo de madres de 25 años las diferencias son más notorias. De igual forma, Anderson et. al., (1997) y Wolfe y Perozek (1997) encontraron que los efectos negativos para el primer nacimiento se extienden generalmente también para los demás hijos de mujeres que iniciaron su maternidad en la adolescencia.

Se considera que los problemas psicológicos, de conducta y lenguaje se deben a que la joven madre tiene actitudes negativas hacia la crianza del menor, lo que da un resultado desfavorable en el desarrollo de los niños, estudios como el de García Coll et. al. (1987 en Alatorre y Atkin, 1995) encontraron que las madres adolescentes son menos responsivas verbal y emocionalmente de sus hijos, usan más restricciones y castigos, muestran menos involucramiento e interacción física con sus infantes y proveen menor variedad diaria de interacciones verbales. Además de ello, las madres adolescentes parecen tener altos niveles de agresión y poco control de sí mismas, todo esto se puede encontrar principalmente en jóvenes inmaduras, con inadecuado financiamiento y con falta de motivación o de habilidad para ser madres (Moore & Rosenthal, 1995).

3.1.7.3 Maltrato infantil

Otros estudios realizados sobre el maltrato infantil parecen apoyar las conclusiones de García Coll, ya que reportan que son más frecuentes los episodios de violencia en hijos de madres adolescentes (The Population Reference Bureau, 1996), además de que estos niños tienen mayores probabilidades de sufrir negligencia, abandono y otras formas de abuso (George & Joo Lee, 1997; Moore & Rosenthal, 1995) incluyendo el sexual (Carpintero, 1995), por parte de algún familiar o conocido de la madre. En el estudio realizado por George y Joo Lee (1997) se encontró que estos niños tienen un cincuenta por ciento de mayores probabilidades de haber sufrido de abuso y negligencia que los hijos de madres de 20 a 21 años e incluso, existen más posibilidades de que

los menores sean retirados de su hogar por estos motivos y sean colocados en otras familias, como pueden ser las de algún pariente o de padres adoptivos.

Estos problemas tiene varias explicaciones, una de ellas es que un gran número de los embarazos adolescentes no son deseados, por lo que la joven no se encuentra apta para la maternidad ni esta motivada para buscar esa preparación, aunado a ello, se puede sentir agobiada con las demandas del niño y con las críticas y recriminaciones que al respecto de su cuidado le hagan sus padres y personas que la rodean o puede sentirse molesta por las limitaciones que le impone el ser madre y por ello descargue su frustración con el menor; estas dificultades parecen ser más pronunciados para los varones que para las hijas, quizá porque a estas se les limita los comportamientos bruscos y agresivos mientras que a los niños se les alienta a adoptar estas actitudes, pudiendo llegar a exasperar con mayor facilidad a la madre.

Otra causa muy importante del maltrato a menores es el bajo nivel educativo y económico de la joven, quien no cuenta con los conocimientos para llevar a cabo la crianza del niño, además de tener que salir a trabajar, confiándolo al cuidado de algún familiar o vecino, o dejándolo solo, exponiéndolo así, al abuso físico o sexual y al abandono o la negligencia de las personas a las que se les confía su cuidado.

Por todo ello, el tener una madre adolescente puede significar un desarrollo negativo para los niños y los efectos no decrecen con el tiempo, aunque algunos menores escapan a estos riesgos y otros pueden ver interrumpida esta forma de vida si sus madres se casan y su pareja influye positivamente (Moore & Rosenthal, 1995) en la educación del infante, también, se especula que el estar viviendo con los abuelos puede ser un factor de protección para aquellos (The Population Reference Bureau, 1996).

3.1.7.4 Mortalidad infantil

Por último, se afirma que el riesgo de mortalidad infantil es 30 veces más elevada en los recién nacidos de madres adolescentes que en los hijos de madres mayores de 20 años, (*Adolescencia: Salud*, 1997), aunque no existen suficientes estadísticas y estudios que así lo demuestren (United Nations, 1989; Welti, 1995b; *La Vida Sexual*, 1998; Meacham, 1998). Aún así, la información disponible permite observar una mayor proporción de muertes en el primer año de vida entre los hijos de madres menores de 20 años en relación con las madres adultas, ya que de cada 100 nacimientos de madres adolescentes, 6.2 fallecen durante el primer año de vida, comparado con un 2.9 por ciento de los hijos de madres mayores de 20 años, lo cual ha sido demostrado en el plano internacional con la información de la Encuesta Mundial de Fecundidad (Welti, 1995b). También, estos niños tienen un 20 por ciento de mayores probabilidades de fallecer antes de los cinco años (Poder Ejecutivo Federal, 1995 a)

Asimismo, existen divergencias entre la mortalidad infantil y el grado de marginación de las entidades federativas, ya que no todas cuentan con amplios accesos a los servicios médicos que garanticen el cuidado pre y post natal de este rubro de la población. Las causas de mortalidad infantil pueden deberse a una deficiente atención obstétrica y una mala salud de la madre, la mortalidad infantil puede ser fetal, muerte antes de las 28 semanas de gestación, mortinatos, muerte entre las 28 semanas, y los siete días después del parto, mortalidad perinatal y mortalidad neonatal que son más probables de ser atribuidos a factores biológicos y genéticos. Las muertes neonatales son comúnmente causadas por malformaciones congénitas parto anormal, complicaciones de parto y peso anómalo (United Nations, 1989).

El Resumen Mundial de Fertilidad (*United Nations, 1989*) ha concluido que hay cuatro factores primarios de riesgo que se deben considerar al estudiar la mortalidad infantil, estos son:

- ❖ *La edad al momento del embarazo*, puesto que se atribuye mayores riesgos a las madres que se encuentran en las líneas de la edad reproductiva, muy jóvenes, antes de los 15 años, y mujeres adultas.
- ❖ *El primer embarazo* en las mujeres de todas las edades es considerado de alto riesgo, ya que conlleva mayores dificultades, tanto para la madre como para el producto.
- ❖ *El espaciamiento entre cada uno*, debido a que los niños que nacen después de un intervalo corto de tiempo entre un nacimiento y otro se enfrentan a mayores problemas, como es el parto prematuro, el bajo peso e incluso la muerte.
- ❖ *Y el orden del embarazo*.

Los riesgos más altos se puedan deber a que las jóvenes que se embarazan a temprana edad pertenecen a niveles socioeconómicos más bajos, aun así, varios de estos embarazos se dan dentro del matrimonio y la relación entre el mayor riesgo de mortalidad infantil y la edad de la madre persiste, a pesar de que la situación socioeconómica se mantenga constante (*Committee on Population, 1990*), de igual forma pasa con los hijos de madres adolescentes, cualquiera que sea su nivel de escolaridad (*Walti, 1995b*).

Hasta aquí se han reseñado distintos factores que pueden perjudicar la salud física tanto de la madre como del menor, entre los que destacan la edad de la mujer, la falta de cuidado prenatal, su inexperiencia para seguir las indicaciones que requiere el embarazo, su nivel nutricional, sus condiciones de vida, los conflictos individuales y sociales que este hecho genera en su persona y el aborto, entre otros, asimismo, se ha hecho hincapié en que aún no se ha podido señalar cual de éstos es su causa principal. sin embargo, se podría considerar que la interrelación de dos o más de ellos generan los problemas materno infantiles que ya se señalaron.

3.1.8. Impacto psicológico

Por otra parte, el embarazo precoz origina una gran carga emocional sobre la adolescente, la cual, si es soltera, ve afectado su estado anímico y se estresa ante la posibilidad de tener que explicar a sus padres el hecho de que esta embarazada, dado que ellos desconocen, en su mayoría, la actividad sexual de su hija (*"Tentativo", 1997*), igualmente puede temer el rechazo de su núcleo social, por ello surgen reacciones de arrepentimiento, tristeza, culpabilidad, ira, aislamiento y miedo al futuro, así como ausencia de apetito, de sueño o dificultades para concentrarse en los estudios o en el trabajo (*Carpintero, 1995; AACAP en Internet*), algunas veces pueden estar enmascaradas por síntomas físicos o falsas alteraciones orgánicas y casi siempre existe muy poca expresión verbal concordante, este impacto es mayor si el embarazo se da en situaciones inseguras y no toleradas por su familia, su pareja o sus amigos (*Barrera y Kerdel, 1987*).

Una vez nacido el bebé, la madre se enfrenta a presiones contradictorias de su familia ante la atención que el niño demanda (*Carpintero, 1995*), además de la necesidad de conseguir los satisfactores materiales que ella y su hijo requieren y que no en todas las ocasiones puede adquirir, pues no siempre cuenta con el apoyo económico del padre de su hijo o de su familia, y aún cuando

ésta trate de ayudarla puede ser mas bien un problema económico para ellos, sobre todo si la joven proviene de una familia de escasos recursos, todo lo cual le origina estrés, ansiedad y depresión (Carpintero, 1995; Alatorre y Atkin, 1995).

También se le atribuye a la madre adolescente altos índices de confusión, carencia de preparación, de madurez y de conocimientos para conducir adecuadamente la crianza de su hijo (Barrera y Kerdel, 1987), e incluso algunos estudios han encontrado baja autoestima, pensamientos suicidas y sentimientos de fracaso en dichas adolescentes (Carpintero, 1995).

3.1.8.1 Síndrome del fracaso de las adolescentes embarazadas

Al respecto Waters (en Barrera y Kerdel, 1987) menciona que este tipo de jóvenes viven el "Síndrome del Fracaso de las Adolescentes Embarazadas", el cual se extiende a las siguientes áreas:

Fracaso

- ✓ En el logro de las funciones de la adolescencia, tales como la adquisición de independencia, el desarrollo de una identidad propia, la determinación de su papel sexual y la elaboración de un sistema de valores.
- ✓ En la continuación de sus estudios, en la elección vocacional y en su preparación para la vida adulta, ya que solo un mínimo número de adolescentes continúan con su educación formal después del parto, ya sea en su escuela o en una nocturna.
- ✓ En la planificación familiar, al no haber decidido en que momento deseaba embarazarse y quien le convenía que fuera el padre de su hijo, así como las circunstancias bajo las cuales se sucedería el embarazo.
- ✓ Para constituir una familia sólida, debido a que al embarazo precoz se le asocia con una inestabilidad de pareja, la cual puede terminar en divorcio o separación.
- ✓ En el logro de criar niños sanos, pues como ya se ha analizado, las madres adolescentes tienen mayores problemas durante la gestación y el nacimiento del bebé, asimismo, estos se enfrentan a mayores problemas de conducta, lenguaje, nutrición, maltrato y negligencia, entre otros.
- ✓ Para llegar a sostenerse a sí mismas, ya que las madres adolescentes junto con sus hijos tienen una mayor probabilidad de vivir con sus padres y aun cuando trabajen, el no contar con una preparación laboral que les permita obtener un trabajo retribuido, es un impedimento para que ellas puedan independizarse de su familia, lo cual significa menores oportunidades económicas y sociales para estas nuevas familias.

3.1.9. Costo que la maternidad precoz representa para los padres

En otro orden de ideas, el costo que enfrentan los padres de los adolescentes que se encuentran en medio del embarazo temprano, principalmente los de ella, si ésta es soltera, son de dos tipos, uno de orden económico y el otro de tipo social, por una parte los padres de la joven se encuentran en una situación de rechazo social, puede que se sientan estigmatizados y descarguen

su frustración en la hija, condenándola o desamparándola, asimismo es posible que experimenten sentimientos de vergüenza y desilusión, aunque en otras ocasiones pueden reaccionar con resignación y deseos de buscar la mejor solución al problema (Carpintero, 1995).

En no pocas familias sucede que el nieto es tratado como hijo por los abuelos, hasta el punto de ocultar el embarazo de la joven al adoptarlo. En todo caso, esto acarrea que los padres desautoricen a los adolescentes en la educación de su hijo, así como una disfunción familiar, ya que se les confiere el mismo estatus de hijos a los jóvenes y a sus infantes y se les siguen tratando como niños que han demostrado que no son capaces de ser maduros y responsables de sus actos (Carpintero, 1995; Barrera y Kerdel, 1987).

Por otro lado, la maternidad adolescente marca el inicio de una responsabilidad económica a largo plazo para la cual la joven no se encuentra preparada, por lo que la familia de origen en ocasiones debe proveer los satisfactores en materia de vestido, alimentación y vivienda, entre otras necesidades, para su hija y su nieto, lo cual, en las familias de escasos recursos viene a ser una carga económica (Alatorre y Atkin, 1995). Por último, si se casan los jóvenes y no cuentan con recursos, necesitarán ser apoyados económicamente por sus padres, incluso tendrán que vivir en la misma casa, enfrentando problemas derivados de la convivencia forzada entre la nueva pareja y sus suegros que puede provocar más tensiones y malentendidos que perjudicarán la integración y la armonía de ambas familias.

3.2 Si los adolescentes postergaran su paternidad

Finalizando, el matrimonio y la maternidad adolescente pueden producir un impacto prolongado en el bienestar de la mujer, y del hombre, si es que éste decide afrontar su responsabilidad y no cuenta con una capacitación laboral que le permita sostener económicamente a su familia, este impacto se verá reflejado en su educación y en su capacidad para contribuir a la comunidad.

Pues a diferencia de ellos, una mujer que retarda la edad al momento de casarse puede adquirir más educación formal, lo que le permitirá acceder a mejores puestos laborales, así como adoptar medidas para mantener su propia salud y la de su familia, debido a que tiene mayores probabilidades que las adolescentes, de buscar y recibir atención médica a tiempo ("*Los Jóvenes Preparación*", 1998).

En concordancia con lo anterior, se ha encontrado que ésta tiene más conocimiento para influir en las decisiones referentes a su matrimonio y a su hogar, además de contar con una mejor condición en la familia y en la comunidad, y tener menores probabilidades de divorciarse o separarse. Además, el que las mujeres posterguen el inicio de la maternidad puede impactar la tasa de crecimiento demográfico de un país y del mundo ("*La Vida Sexual*", 1998), debido a que tiene más probabilidades de utilizar los métodos anticonceptivos más efectivos y planificar el total de sus embarazos junto con su pareja, atenuando e, incluso evitando varias de las situaciones que en el presente apartado se analizaron; sin embargo, para que esto suceda en la mayoría de los casos de adolescentes en riesgo de embarazarse, es necesario controlar las causas que originan el embarazo precoz, las cuales se revisarán a continuación.

CAPÍTULO IV FACTORES QUE CONDICIONAN LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE

4.1 Agentes que propician el embarazo adolescente

Anteriormente se consideraba que los embarazos precoces y los que se sucedían fuera del matrimonio se debían a la inmoralidad, a la ignorancia y al relajamiento religioso, pero con los nuevos patrones de conducta sexual, con los cambios socioculturales que dan mayor libertad a los jóvenes, la independencia de la mujer y el impacto de los medios de información, se visualiza al embarazo precoz como un problema que tiene causas múltiples (Barrera y Kerdel, 1987), por una parte esta la sociedad contradictoria que fomenta, por medio de los medios masivos de comunicación, el inicio temprano de la sexualidad, al bombardear con imágenes eróticas a una población adolescente y juvenil que en la mayoría de los casos no ha desarrollado un amplio criterio para poder analizar y seleccionar los mensajes que le llegan, en tanto que en la familia y los sistemas educativos y sanitarios se les sigue negando o limitando la información y los servicios (Carpintero, 1995) necesarios para tomar decisiones responsables acerca del ejercicio de su sexualidad.

Ahora bien, no todas las adolescentes que son sexualmente activas experimentan un embarazo indeseado, por lo que se deduce que existen ciertas características personales, como las experiencias afectivas, la comunicación familiar y de pareja, la violencia en la infancia y la transmisión de mensajes ambiguos sobre la maternidad y el ser mujer que la condicionan (Rico, 1986), de igual forma se encuentran las situaciones sociales, culturales, educativas y económicas de la joven y de su núcleo familiar que facilitan que el hecho ocurra, las cuales puede ser catalogadas como factores de riesgo, Carpintero (1995, p. 260-264) hace una amplia clasificación de ellos, mismos que aquí se presentan:

Visión Errónea de la Sexualidad y de la Maternidad.

Que la adolescente tenga:

- ⇒ Visión negativa de la sexualidad
- ⇒ Visión de la sexualidad enfocada al coito.
- ⇒ Creencias erróneas sobre la sexualidad.
- ⇒ Actitudes negativas hacia los anticonceptivos.
- ⇒ Perciba más costos que beneficios en el uso de anticonceptivos.
- ⇒ Que los hombres consideren que la responsabilidad en el uso de anticonceptivos corresponde a las mujeres.
- ⇒ No reconocer la posibilidad de ser sexualmente activas.
- ⇒ Pensar que es baja la posibilidad de que le ocurra un embarazo.
- ⇒ Desconocer las responsabilidades que

Falta de Habilidades y Conocimientos Sobre Sexualidad.

Que la adolescente:

- ⇒ No tenga habilidad para rehuir las situaciones de riesgo, para rechazar las relaciones sexuales que no se desean, o para negociar el uso de algún anticonceptivo.
- ⇒ Que el intervalo de incertidumbre del embarazo comience hasta que falta la primera o segunda menstruación, lo que impide que se utilice la anticoncepción poscoital.
- ⇒ Falta de información sexual y de acceso a los servicios de planificación familiar.
- ⇒ Uso ineficaz de métodos anticonceptivos como resultado de ofrecer pocas opciones entre distintos métodos o información insuficiente.

lleva el ser madre.

- ⇒ Tener sentimientos ambivalentes o idealizados de la maternidad

Características de la Relación Afectiva y Sexual.

Que:

- ⇒ El hombre ejerza presión sobre la adolescente para mantener relaciones sexuales coitales
- ⇒ La pareja no sea estable
- ⇒ No hablen de anticonceptivos
- ⇒ Tenga relaciones sexuales esporádicas o no deseadas

Factores Situacionales

- ⇒ Consumir alcohol y drogas que relajan las inhibiciones y facilitan las relaciones sexuales sin protección
- ⇒ Tener relaciones en lugares inadecuados que no permiten tomar las debidas precauciones por la premura del tiempo y el miedo a ser descubiertos

Historia Personal y Factores Económicos y Sociales.

- ⇒ Tener una familia que no proporciona apoyo emocional ni permite hablar de sexualidad y anticonceptivos
- ⇒ Haber vivido un ambiente familiar problemático o poco afectuoso
- ⇒ Falta de comunicación familiar
- ⇒ Disponer de poco apoyo social
- ⇒ Haber sido víctima de abusos sexuales o físicos
- ⇒ No respetar las normas sociales
- ⇒ Ser hija de madre adolescente
- ⇒ Haber convivido con madres adolescentes y madres solteras

- ⇒ Tener periodos menstruales erráticos.

Influencia del Grupo de Iguales.

Que:

- ⇒ El grupo de amigos presione a sus miembros para iniciar sus actividades sexuales
- ⇒ Los amigos sean una fuente errónea de información

Factores de Personalidad

- ⇒ Que la adolescente cuente con baja autoestima
- ⇒ Falta de autoconfianza
- ⇒ Tenga un *locus* de control externo
- ⇒ Conceda mayor importancia a las consecuencias inmediatas que a las futuras
- ⇒ No cuenten con un proyecto de vida

- ⇒ Tener un bajo nivel socioeconómico o encontrarse en la pobreza
- ⇒ No ser estudiante o tener un bajo nivel de estudios
- ⇒ Realizar trabajos no calificados
- ⇒ Vivir en zonas rurales
- ⇒ Pertenecer a grupos indígenas o marginales
- ⇒ Que existan pautas culturales que alienen la maternidad temprana
- ⇒ Contar con una identidad de género basada en la maternidad
- ⇒ Haber contraído matrimonio a temprana edad

Muchos de estos factores no solo preceden a la maternidad adolescente, sino al mismo inicio de las actividades sexuales y las uniones matrimoniales a temprana edad, aunque con esto no se está afirmando que las jóvenes que presenten uno o más de ellos llegarán a embarazarse, ya que el mismo autor los menciona como las características que mayormente exhiben las adolescentes embarazadas. Los que tienen que ver directamente con la sexualidad, los amigos y la pareja serán abordados en el capítulo siguiente, mientras que en este se analizará la pobreza, el nivel educativo, las oportunidades laborales y la residencia, además del matrimonio precoz y las pautas culturales que construyen para la mujer una identidad basada en la maternidad, ya

que se afirma son las características que en mayor medida la condicionan, cabe mencionar que algunos de estos aspectos son considerados dentro de la investigación como causas y efectos de la fecundidad adolescente, por ello se abordan en el segundo capítulo y en este apartado, buscando distinguir en que momento son consecuencias y cuales son las razones que llevan a catalogarlos como condicionantes.

4.1.1 Pobreza

En esta investigación la pobreza, entendida como: "*la forma extrema de exclusión de los individuos y las familias de los procesos productivos, de la integración social y del acceso a múltiples bienes, servicios y oportunidades*" (Poder Ejecutivo Federal, 1995a), es considerada como uno de los factores que en mayor medida origina la fecundidad adolescente, al establecer un ambiente propicio para su aparición, ya que las diferencias entre hombres y mujeres, al relacionarse con otras formas de desigualdad social y cultural, como es el considerar, aún de forma encubierta, que la mujer es inferior al varón, provocan una acumulación de desventajas que la hacen más vulnerables a padecer situaciones de pobreza y privación (Poder Ejecutivo Federal, 1995a) mismas que heredará a su descendencia.

Aunque cabe aclarar que la maternidad precoz no es privativa de los grupos con mayores desventajas económicas, ya que existen madres adolescentes que pertenecen a las clases económicas altas o medias, cuyas causas para embarazarse pudieran ser atribuidas a los problemas familiares, a factores de personalidad, al desconocimiento de las cuestiones relativas a la sexualidad, al deseo de iniciar la maternidad a temprana edad, a presiones de la pareja o a accidentes en el uso de anticonceptivos, los cuales son elementos que se revisarán posteriormente.

Sin embargo, en los estratos económicos más bajos, la maternidad precoz es generalmente una consecuencia de la pobreza, ya que la adolescente y su compañero o bien no cuentan con los conocimientos necesarios para prevenir una concepción, ya sea por la falta de preparación educativa y por la inconsistencia de los conocimientos generales y sexuales al no asociarlos con su vida cotidiana, o estos son confusos, asimismo puede no existir la motivación para implementar la anticoncepción, en la creencia de que si sucede un embarazo éste solo precipitará el matrimonio, aún cuando esto no lo deseen ambos o no lo hayan meditado en pareja, de igual forma, pudieran carecer de anticonceptivos por no contar con el dinero suficiente para adquirirlos, pues recuérdese que a pesar de que son otorgados gratuitamente en los hospitales y centros de salud, no siempre están en la posibilidad de solicitarlos por desconocer dicho servicio, por pena o por no estar dispuestos a asistir a estas instituciones a pedirlos en el momento en que los requieren.

Otras causales que conducen a la adolescente de bajos recursos a embarazarse están profundamente relacionadas con su forma de vida, por ello es importante describirlas, Del Castillo (y colaboradores, 1988) afirman que las características socioeconómicas que con mayor frecuencia presentan las adolescentes embarazadas de bajo nivel económico son:

Educación escasa tanto en el aspecto formal y de capacitación, como en el plano sexual, llegando a completar acaso la secundaria, lo que no permite a la adolescente contar con la información necesaria para poder planificar sus embarazos, así como aspirar a estudiar una carrera técnica o universitaria, que a su vez la motivaría a regular su fertilidad en aras de concretar otros objetivos materiales. Aunque cabe mencionar que hoy en día más mujeres están

accediendo a la educación media como consecuencia de la implementación de políticas educativas que persiguen este fin, sin embargo, existen grupos marginales que o no pueden acceder a dicha educación o ésta es truncada ante las exigencias económicas y materiales de la escuela y la necesidad de destinar el ingreso a bienes y servicios básicos para toda la familia.

Debido a la falta de educación de la joven y de su familia, se enfrentan al desempleo, subempleo y sobre explotación. Los trabajos a los que pueden acceder son poco remunerados y agotadores, mismos que no proporcionan las prestaciones sociales correspondientes, con el consiguiente impedimento del ahorro y de la satisfacción de necesidades que van más allá de la supervivencia y que además, ofrecen escasas oportunidades de desarrollo laboral que en un momento dado pudieran ser factores que previnieran la maternidad temprana, al concentrar toda su energía en el logro de determinadas metas en el trabajo, lo que a su vez elevaría su calidad de vida y ampliaría sus expectativas de desarrollo personal.

Cultura que promueve el machismo y su contraparte femenina, motivando a sus miembros a adoptar pautas de género estereotipadas como es, en el caso de las mujeres, el ser sumisas, obedientes y preferir la domesticidad (Rico, 1986) y el cuidado de los hijos, aun cuando las mismas normas culturales permiten y consienten la falta de responsabilidad económica del esposo y padre de familia, lo que obliga a la mujer a ausentarse de la casa para trabajar.

Si la madre tiene que contribuir económicamente al sostenimiento del hogar, la adolescente desde temprana edad debe hacerse cargo de las responsabilidades de la casa y del cuidado de sus hermanos menores, con el consiguiente descuido de sus estudios, y el entrenamiento en las labores domésticas y de maternidad.

También suelen presentar nula o deficiente comunicación familiar, en especial con su madre, lo que no les permite establecer un diálogo franco y sin tabúes sobre el matrimonio, la escuela, el trabajo, las relaciones de pareja y los anticonceptivos, y que a su vez les resta un apoyo importante en caso de conflictos y dudas en el ejercicio de la sexualidad.

Asimismo, en sus hogares es común que se presente el abandono del hombre, por lo que algunas madres al tratar de rehacer su vida buscan otra pareja que viene a sustituir al esposo, más no al padre, ya que frecuentemente los lazos que establece éste con los hijos de su esposa son mínimos o nulos.

Esta figura empobrecida del hombre en ocasiones determina en la joven la elección de la pareja y las actitudes que el menor varón ha de seguir en su vida adulta, así también las conductas de la madre, trabajadora, abandonada y sumisa que antes se describen, pueden condicionar definitivamente la vida de la joven llevándola a repetir los esquemas de relación hombre-mujer que en su familia ha aprendido. Y que al no estar en contacto con otras formas de pensamiento que le servirían de modelos educativos, la joven va concluyendo que la vida de la mujer se reduce solo a la crianza de los hijos, el matrimonio y el trabajo, por lo que no fácilmente llegará a elaborar otros planes de vida fuera del que ha aprendido de su madre y de las mujeres que la rodean.

Como consecuencia, se presenta en la adolescente una carencia de objetivos y de un proyecto de vida que contemple el trabajo profesional y la educación como formas de desarrollo individual, mismos que le permitirían visualizar a la maternidad como una alternativa que puede

ser decidida según convenga a los intereses y necesidades de la pareja y de la mujer y no como una obligación social para probar el valor que se tiene como persona.

Finalmente, se podría anotar la falta de diversiones que enriquezcan su vida, como la asistencia a museos, teatros y parques, entre otros, teniendo en cambio, al alcance el televisor, por ser más económico su uso como forma de entretenimiento, el cual como ya se ha mencionado, se vale del sexo para vender una gran cantidad de productos y atraer al televidente hacia determinados programas, siendo mayor el tiempo que dedica a la transmisión de imágenes erotizadas que a la cultura de la prevención sexual.

Ante este panorama se deduce que las desigualdades estructurales conducen a la pobreza de amplios sectores de la población mexicana, la cual a su vez genera una pobreza educativa que repercute en la ideología del núcleo social de la mujer y que la sitúa en una posición social inferior que determinan en gran medida la aparición del fenómeno del embarazo temprano.

4.1.2 Nivel educativo

Las madres adolescentes que provienen de los estratos sociales de menores ingresos, en general, tienen baja escolaridad y abandonan la escuela antes del embarazo (Stern, 1997) tanto en México como en los grupos hispanos en EE.UU., lo que indica que estas mujeres tienen menos oportunidades en sus contextos y la escuela no representa una opción de desarrollo, en tanto que la maternidad les ofrece el acceso a la adultez (Alatorre y Atkin, 1995).

Las razones por las cuales las adolescentes en general reportan haber desertado de la escuela son: la falta de recursos económicos, el tener que contribuir al mantenimiento del hogar paterno (*"La Vida Sexual"*, 1998), el que la escuela no responda a sus necesidades específicas, los obstáculos que la sociedad les interpone (Stern, 1997) para seguir estudiando, y el haber contraído matrimonio, el cual en muchas ocasiones se da para legitimar una concepción premarital (Welli, 1995b); si se revisan con más detalle estas razones, una parte importante tiene origen en la pobreza que ya se analizaba, otras como las trabas que la sociedad les pone y el que la escuela no satisfaga sus intereses se podrían referir a cuestiones ideológicas y a la aplicación de las normas escolares, ya que las instituciones educativas funcionan bajo ciertas reglas y políticas que se aplican para el alumno estándar, si alguno no encaja en estos moldes o bien es obligado a adaptarse, o si no, se podrían buscar los mecanismos sutiles o coercitivos para expulsarlo de las escuelas.

Ante estas situaciones los alumnos encuentran pocas razones para continuar estudiando, pues además de los problemas familiares e individuales a los que se enfrentan, provocados por su situación económica y por su condición de ser adolescentes, deben afrontar un ambiente agresivo o desalentador en su propia escuela, mismo que termina por excluirlos de la educación.

Aunado a lo anterior, las condiciones educativas nacionales, sin ahondar en este problema, no aseguran la educación integral de los jóvenes durante por lo menos diez años, pues es alto el índice de reprobación y de deserción escolar y es baja la eficiencia terminal, los cuales son en sí, tres factores que limitan el aprendizaje de conocimientos útiles para la vida, tales como la educación sexual, misma que es considerada como una herramienta eficaz para evitar las conductas de riesgo que concluyan en problemas tales como el embarazo indeseado.

Por ello el costo que la sociedad debe pagar al no poder garantizar a los jóvenes su asistencia y permanencia en los sistemas escolares es muy fuerte, si no basta observar los siguientes datos que muestran que la educación tiene amplios efectos en los niveles de fecundidad de todas las mujeres.

En un estudio comparativo de 38 países, realizado por las Naciones Unidas (1989), se concluyó que las mujeres que cuentan con siete años o más de educación formal tendrán en promedio 3.9 niños, mientras que las que no tuvieron educación o contaban con menos de siete años tendrán, en un 80 por ciento de los casos, 6.9 niños, es decir tres hijos más, lo cual ya es en sí un amplio número de hijos. Asimismo, en la mayoría de los países en desarrollo, más de la mitad de las mujeres que no cuentan con educación han tenido un hijo antes de los 20 años, esto incluye a México, en donde existe una diferencia del 50 por ciento entre el índice más alto y más bajo de educación. También, se ha visto que aún las mujeres que estudian solamente primaria postergan el matrimonio y la procreación 1.5 años en comparación con aquellas que no cuentan con ningún grado de escolaridad (*"La Vida Sexual"*, 1998).

En el país, el 60 por ciento de las mujeres que no asistieron a la escuela han sido madres antes de los 20 años, mientras que entre las mujeres con preparatoria esta cifra se reduce al 10 por ciento, esto es grave si se toma en cuenta que las mujeres que no asistieron a la escuela y tuvieron a su primer hijo durante la adolescencia tienen en promedio, dos hijos a los 19 años (*Welti, 1995b*), aumentando la posibilidad de una alta fecundidad, con los consiguientes problemas que esto genera tanto para la madre y sus hijos, como para la sociedad.

En la misma línea, las mujeres con menos de siete años de educación o que no cuentan con educación formal con mayor frecuencia se casan a edades tempranas, sin embargo; en el estudio realizado por las Naciones Unidas, (1989) se encontró que en ocasiones las mujeres con dos o tres años de escolaridad se casan en mayor proporción que las que no tienen ningún año de educación formal, o las adolescentes con mayor educación tenían igual o mayores posibilidades de haber tenido un hijo fuera del matrimonio que aquellas con baja escolaridad. En América Latina y el Caribe, las tasas de matrimonio a temprana edad entre las mujeres que cuentan con un nivel de educación inferior al básico, son tres veces más elevadas que las tasas de mujeres que tienen por lo menos siete años de escolaridad, asimismo, son un 50 por ciento más proclives a empezar una familia antes de los 18 años, que aquellas con más años de escolaridad (*"La Vida Sexual"*, 1998).

En otros datos, una encuesta realizada en el país en 1987 reportó que las adolescentes menores de 18 que contaban con menos de siete años de escolaridad, contrajeron matrimonio en un 46 por ciento mientras que para las mujeres que tenían 7 años o más de escolaridad el porcentaje se redujo a un 13 por ciento (*"La Vida Sexual"*, 1998), en parte porque la educación amplia el panorama social e ideológico de los jóvenes y los pone en contacto con ideas y valores diferentes e incluso contradictorios a los que apoyan y promueven sus familias.

Asimismo, en la medida en que se ha incrementado el acceso a la educación para las mujeres, y se ha hecho una mayor difusión del uso de métodos anticonceptivos, la maternidad adolescente ha disminuido, debido a que la educación formal es una fuente importante y precisa sobre aspectos de sexualidad, embarazo, procreación, anticoncepción y protección contra las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.

Sin embargo, en muchos países en desarrollo, incluyendo a México, la escolaridad es muy baja y existen elevados índices de abandono escolar entre los niños y adolescentes con mayores desventajas económicas (*"La Vida Sexual", 1998*), de igual manera, se presentan amplias diferencias entre la asistencia del alumnado masculino y el femenino, ya que en 1990 por cada 100 hombres sin primaria completa existían 120 mujeres en igual situación. Por otra parte, para ese mismo año se reporta que del total de adolescentes entre los 15 y los 19 años, solo un 40 por ciento continuaba estudiando, mientras que el resto buscó incorporarse al mercado laboral o contrajo matrimonio, (*Poder Ejecutivo Federal, 1995 a*).

Estos son factores que pueden acelerar la iniciación sexual, misma que no siempre viene acompañada de las condiciones sociales y económicas favorables para ello, ni de las redes de apoyo social y familiar, o de la educación informal e información necesaria para evitar un embarazo no deseado o atender adecuadamente la gestación y el desarrollo del niño y de la madre adolescente.

Por ello se considera que cuando las jóvenes cuentan con mayor educación tienen más posibilidades de evitar un embarazo no deseado, de planear las circunstancias en que sus hijos han de nacer, de asistir regularmente a las consultas médicas, de atender oportunamente su embarazo y de postergar el siguiente, así como de brindarles los cuidados necesarios a sus infantes, de buscar satisfacer las necesidades de su nueva familia en compañía de su pareja, si es que la hay, y de retomar sus actividades, incorporando los nuevos elementos que conforman su vida actual, ya que cuentan con mayor conocimiento para realizar todo ello, además de tener más probabilidades de recurrir al sistema de salud para el cuidado de ella y de sus hijos.

4.1.3 Oportunidades laborales

Con relación al empleo, las adolescentes de bajos recursos económicos y que no se encuentran estudiando tienen menores probabilidades de ocupar puestos que ofrecen amplios ingresos y prestaciones sociales, ya que requieren de una extensa educación y capacitación, la cual no fácilmente es adquirida por tales jóvenes, por las razones que ya se enunciaron anteriormente, por tanto se emplean en trabajos menos calificados como son el comercio, el trabajo doméstico, el empleo en fábricas y talleres e incluso, el subempleo; no corriendo con mejor suerte los varones de niveles económicos bajos, mismos que serán, en la mayoría de los casos, las futuras parejas de dichas adolescentes, creándose situaciones propicias para la perpetuación de la pobreza de extensos grupos sociales del país.

Se ha visto que el trabajo remunerado ofrece a las y los jóvenes oportunidades económicas e independencia familiar, de igual forma, les permite ampliar sus contactos sociales y experimentar más la variedad de la vida (*"Los Jóvenes Preparación", 1998*), por lo que llega a incidir en el incremento de la edad al momento de contraer matrimonio, en la disminución de los embarazos no planeados (*González, 1993*) y en la fecundidad total. No obstante, para muchas adolescentes el trabajar no significa tener acceso a estas oportunidades, ya que su familia les puede exigir parte de su salario para solventar los gastos de la casa, o éste es insuficiente para cubrir todas sus necesidades personales, pues se encuentran sometidos a condiciones laborales riesgosas y de explotación por parte de los empleadores o de sus mismos padres, y como gran parte de ellas tienen sus trabajos dentro del sector informal surgen dificultades para intervenir y legislar su situación (*"Los Jóvenes Preparación", 1998*).

En 1990, del total de adolescentes, hombres y mujeres, de 15 a 19 años, el 41,6 por ciento ya se encontraba trabajando, las tasas de participación en la actividad económica de los hombres era el doble de la presentada entre las jóvenes, asimismo, se observa que ambos sexos enfrentan restricciones que les impiden su incorporación plena a las actividades económicas, como son las crisis, los elevados niveles de desempleo abierto, las restringidas posibilidades de incorporarse a ocupaciones estables y remuneradas, entre otras cuestiones, estas situaciones afectan mayormente a las mujeres (*Poder Ejecutivo Federal, 1995 a*), las cuales al ingresar al mercado laboral son consideradas como mano de obra barata, sus condiciones de trabajo son deficientes, carecen de protección, sus perspectivas de desarrollo son nulas (*Los Jóvenes Preparación, 1998*) y a pesar de trabajar más, sus ingresos son más raquíticos, debido en parte a la división sexual del trabajo prevaleciente en los mercados laborales, que ubican a las mujeres en actividades catalogadas como femeninas que son una extensión de las labores domésticas, mismas que gozan de menor reconocimiento social y permiten a los patrones ofrecerles bajos salarios y escasas posibilidades de promoción y movilidad social y que refuerzan el papel tradicional de la mujer, evitándoles encauzar sus vidas a otras actividades además de la maternidad (*Oliveira y García, 1990*).

Todo lo cual pudiera condicionar a las adolescentes a descuidar la anticoncepción al no visualizarse otras formas de desarrollo individual como no sean el empleo o la formación de una familia, misma que no exime del trabajo doméstico y en ocasiones tampoco del laboral, pues no siempre es suficiente con un ingreso para cubrir los gastos de la nueva familia, o esta no llega a formarse y consolidarse, teniendo entonces la joven que continuar trabajando, pero ahora con una doble jornada de trabajo y mayores responsabilidades para las que pocas veces se encuentra preparada.

4.1.4 Zona de residencia

La residencia y la educación parecen tener fuerte relación con la fecundidad y con la edad al momento de casarse, las mujeres de las áreas urbanas y las que tienen más de siete años se casan más tarde que las que viven en las áreas rurales o tienen pocos o ningún año de estudio, ya que en este caso, las áreas urbanas se relacionan con mejores oportunidades de educación y empleo para la mujer, además de que en ellas están expuestas a ideas y normas negativas acerca del matrimonio temprano (*United Nations, 1989*), mientras que las áreas rurales son caracterizadas por tener más altos índices de pobreza, contar con menos servicios médicos y sociales y con reducidas oportunidades de empleo, por lo que se incrementan los riesgos de un embarazo precoz (*Bennett et. al., 1997*).

Las diferencias entre los matrimonios y embarazos tempranos en el campo y en la ciudad parecen darse mayormente entre las adolescentes más jóvenes (*Naciones Unidas, 1987*). Dentro de la ciudad, las adolescentes que forman la población urbana marginal son las que mayormente comienzan su actividad sexual primero, se casan a edades más tempranas o se embarazan precozmente, en comparación con las jóvenes que se encuentran en mejores condiciones económicas, ya que para aquella población, los embarazos en la adolescencia son vividos como una salida para escapar a problemas de violencia intrafamiliar, de abuso físico o sexual, a conflictos económicos o familiares, o como una forma para adquirir valoración social (*Stem, 1997*).

Mientras que para los grupos que forman la población rural, el embarazo temprano es parte de su modo de vida, de la trayectoria normal que siguen para formar una familia, pues

anteriormente la mayoría de las adolescentes en estas zonas, que eran las más numerosas, no asistían a la escuela o lo hacían unos cuantos años, ya que no se veía en la educación y el trabajo una opción de vida para la mujer, por lo que la maternidad y el trabajo doméstico eran sus únicas funciones (Stern, 1997).

Y aun hoy en día, en casi todos los países en desarrollo, incluyendo a México, las mujeres jóvenes de las zonas rurales se casan a edades más tempranas que las de la ciudad, tienen una tasa global de fecundidad mayor, niveles más bajos de uso de métodos anticonceptivos y mayor morbilidad y mortalidad infantil, aparte de presentar una deficiencia de información (García et. al., 1993) y educación sexual, de igual manera, la juventud de las áreas rurales tiene un 22 por ciento de mayores probabilidades, que los jóvenes de las áreas urbanas, de vivir en la pobreza y un 20 por ciento menos probabilidades de estar cubiertos por la asistencia pública (Bennett et. al., 1997) lo cual significa, por una parte, no poder acceder fácilmente a los servicios médicos e informativos que los hospitales ofrecen en relación a la planificación familiar, y además contar con determinadas características familiares y sociales, condicionadas por la pobreza y acentuadas por la cultura predominante, que pueden conducir mayormente al embarazo temprano.

Al respecto, los datos del INEGI (1990, en Welti, 1995 a) son muy claros, a nivel nacional, del 12 por ciento de las adolescentes que en 1990 habían estado embarazadas, el 17 por ciento correspondió a mujeres que residían en localidades con menos de 2 500 habitantes, un 13 por ciento se dio en mujeres que vivían en localidades de más de 2 500 pero menos de 19 999 habitantes, mientras que este porcentaje se redujo a un 9.8 en las localidades de 20 000 y más habitantes (Welti, 1995 a), también se observa que en 1991, 120 de cada 1 000 mujeres de esta edad que vivían en áreas rurales tuvieron un hijo, lo que contrastó fuertemente con el valor registrado para las jóvenes de las áreas urbanas que presentaron solo una tasa de fecundidad de 68 por cada mil mujeres, (INEGI, 1996) lo que parece mostrar que en poblaciones pequeñas, con menores oportunidades educativas y económicas, mayores son las posibilidades de que se presenten los embarazos en la adolescencia.

A este análisis hay que añadir un tercer grupo que conforma a la población mexicana, el de las mujeres indígenas, ya que en una comparación a nivel nacional, entre 1980 y 1990 realizada entre mujeres de 15 a 19 años con al menos un hijo vivo según condición de habla indígena, se reportó que en 1980 el 20 por ciento de las adolescentes que hablaban una lengua indígena habían llegado a la maternidad, mientras que entre las mujeres que no hablaban alguna lengua indígena este porcentaje se reducía a un 12.3 por ciento, para 1990 los porcentajes quedaron de la siguiente forma: 22.8 y 11.6 por ciento, respectivamente, por tanto, se puede apreciar que aún cuando en estos grupos ha disminuido el número de mujeres en edades reproductivas y por consiguiente, el impacto sobre el crecimiento de la población a través de su aporte a la fecundidad total se reduce, el porcentaje de adolescentes indígenas embarazadas aumentó de una década a otra y prácticamente duplicó el porcentaje observado entre la población que no habla alguna lengua indígena (Welti, 1995a), mientras que la fecundidad de las adolescentes no indígenas declinó levemente, debido a la educación sexual, a las mejores condiciones de vida y a la mayor disponibilidad de métodos anticonceptivos entre estas jóvenes. Y es interesante resaltar que en ambas décadas el porcentaje total de la fecundidad adolescente no se modificó, al reportarse, en los dos casos, un 12.2 por ciento, ésto como resultado de los cambios en la distribución de las mujeres según la localidad de residencia y lengua indígena.

Los factores que pueden explicar la fecundidad adolescente en mujeres indígenas son, entre otros, las pautas culturales que atribuyen a la mujer el papel exclusivo de madres, alentando su fecundidad desde temprana edad, el bajo acceso a la educación básica, puesto que sólo dos de cada tres niñas indígenas de 6 a 14 años de edad asisten a la escuela (*Poder Ejecutivo Federal, 1995 a*) disminuyendo su concurrencia a medida que crecen, la insuficiencia de servicios educativos y de salud que de otra forma permitirían orientar, informar y educar a las parejas sobre la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, así como la pobreza, misma que tiene efectos más pronunciados en estas adolescentes, ya que no solo abarca a su familia, sino a su comunidad.

Además de ello, no existen razones vitales que los convenzan de postergar la llegada de los hijos, pues bajo esta visión, y tomando en cuenta las desigualdades económicas y de género que privan y las estructuras familiares y sociales que los rigen, cuál sería el papel de una mujer indígena que en edades reproductivas aun no cuenta con hijos, si además no puede acceder a la educación o al trabajo dentro de las actividades económicas formales, y qué otras opciones y funciones podría desempeñar esta mujer sin que la maternidad no se encuentre entrelazada a ellas.

Otro elemento que propicia, no solo el inicio temprano del embarazo, sino la basta fecundidad de las mujeres indígenas de todas las edades es la mortalidad infantil, la cual es de 56 niños por mil nacidos vivos, lo que representa casi el doble de la mortalidad observada para el resto de la población infantil, esto mismo impide a las parejas tener un marco de certidumbre para la planificación familiar, que aunado a los problemas de acceso a los servicios de salud en general y de salud reproductiva, contribuyen a elevar su fecundidad, la cual es registrada en 5.7 hijos por mujer indígena, número superior en un hijo al registrado entre las mujeres rurales y en casi tres hijos respecto al promedio de la población no indígena del país (*Poder Ejecutivo Federal, 1995 a*).

Si bien ya se hacía notar las causas del embarazo adolescente indígena, las condiciones en que éstos se desarrollan y concluyen no son tampoco fáciles, pues la joven ve aún más reducidas sus oportunidades de estar cubierta por el sistema de salud, asegurando así una gestación sin mayores complicaciones, que en el caso de mujeres adolescentes y con bajo nivel nutricional pueden llegar a ser de alto riesgo. Asimismo, las condiciones económicas en las que vive esta población dificultan el desarrollo normal de tales embarazos y de sus hijos.

En otro aspecto, se contempla un cuarto grupo de mujeres, caracterizado por aquellas que migran de las áreas rurales a las urbanas y en la transición quedan embarazadas, se afirma que ellas son las que se encuentran menos protegidas, al no contar con la solidaridad y el apoyo de sus familias, además de estar menos calificadas para trabajar, devengando así los salarios más bajos y siendo objeto de mayor explotación (*Rico, 1986*), por lo que están en menores posibilidades de evitar el surgimiento del embarazo no planeado, porque en ocasiones la misma actividad sexual sucede como un evento que no estaba contemplado. De cualquier manera, las consecuencias para ellas y sus descendientes son quizá mayores que las que enfrentan las madres adolescentes en general, pues no siempre cuentan con una vivienda propia, un trabajo estable y el apoyo emocional y financiero de su familia y/o de su pareja.

Para las mujeres de estos sectores, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad solo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que limitan tanto su desarrollo individual como

el de sus comunidades y estados. Pues el hecho de ofrecer una mayor información y acceso a los anticonceptivos entre los adolescentes tendrá poca efectividad para prevenir un embarazo precoz, puesto que no existen las condiciones económicas y culturales ni la motivación para postergar la maternidad (Stern, 1997), ya que además, existen otras cuestiones de tipo ideológico que continúan fomentando la maternidad precoz, como a continuación se examinarán.

4.1.5 Patrones culturales

En algunos sectores de la población, sobre todo en aquellos donde privan las desventajas económicas y educativas, el matrimonio y la maternidad son aspectos fundamentales que permiten a la mujer constituirse como adulta, debido a que desde niña se le entrena para desempeñar las funciones tradicionales de madre y esposa, de esta manera, la adolescente deduce que su destino es el matrimonio, y el tener un hijo le permitirá justificar el motivo de su existencia, al contar con una persona que dependerá de ella y le dará un valor como persona, el ser madre, a su vez la joven busca vivir en función de otros, ya que no se le ha educado para conducirse en una vida independiente y buscar su realización personal fuera del hogar (Welti, 1996).

Estas situaciones son condicionadas por la pobreza, el bajo nivel educativo y las escasas expectativas vitales de los padres con respecto a sus hijas, en donde se valora más la unión matrimonial y la maternidad, que la escuela y la capacitación laboral, ya que para las mujeres, sobre todo para las que viven en condiciones económicas deprimentes, se construye una identidad de género basada en la fecundidad (Alatorre y Atkin, 1995).

Y es quizá que esta es vista, a su vez por dichas jóvenes, como la opción de desarrollo mas plausible de llevarse a cabo, ya que la gran mayoría de las mujeres es fértil en su juventud, es decir es mínima la tasa de infertilidad a nivel nacional, por ello todas o casi todas las mujeres tienen en sí mismas el poder de generar una nueva vida, con la cooperación, aunque sea solo en sus inicios del hombre, en cambio la adquisición de una carrera, técnica o universitaria, el logro de un trabajo remunerado, el interés por la participación política, entre otras actividades, son formas de desarrollo humano que requieren un esfuerzo intelectual, un interés por alcanzarlos, una serie de condiciones sociales favorables y un afán por superar los obstáculos que se presentan, como pueden ser la oposición familiar a concretar estos intereses o los frenos culturales y económicos para alcanzarlos, por lo que requieren de un mayor esfuerzo y en ocasiones estar dispuesta a contradecir las opiniones y creencias generales del círculo social en que se desenvuelven, en aras de conseguir un objetivo que no siempre es seguro que se alcanzará, en cambio la maternidad, como ya se veía, bajo condiciones mínimamente adecuadas, es posible que llegue a término, obteniéndose un producto al que se le ha conferido determinados valores sociales e individuales y que además proveerá de un nuevo estatus a las jóvenes, siendo por tanto, un camino aparentemente mas factible de realizarse.

Bajo estas circunstancias socioculturales, la adolescente se ve inmersa dentro de una ideología contradictoria, ya que desde la infancia se le da a la niña mensajes ambivalentes en relación con los hombres, se refuerza la idea del matrimonio como un mecanismo de protección necesaria y se enfatiza la maternidad como la máxima realización de la mujer (Rico, 1986), aunado a esto, aprende a valorarla en sus relaciones diarias, pues frecuentemente se encuentra rodeada de niños, hermanos, primos y vecinos más chicos que ella, los cuales se le motiva a cuidarlos y protegerlos, copiando los modelos de atención y cuidado que ve de las mujeres adultas, también, es frecuente que conozca a por lo menos una madre soltera, alguna que viva

en unión libre o haya sido abandonada, la cual es aceptada dentro de la familia y sus hijos se crían junto con los demás sin mayores problemas, aparentemente, de ahí que la adolescente aprenda estos patrones reproductivos y de formación de pareja y visualice mayormente estas alternativas.

Ahora bien, Bongaarts y Cohen (1998) especulan que las jóvenes que cuentan con características de vida como el bajo nivel económico y educativo ven a la maternidad como una forma a la que hay que acceder, para tratar de conseguir que el matrimonio se efectúe, o aun cuando éste no se lleve a cabo, pues aquella proporcionará gratificaciones no materiales tras las dificultades que se presenten por el embarazo. Otros investigadores como Moore y Rosenthal (1995) afirman que las jóvenes que se encuentran en situaciones de desventaja encuentran una motivación en tener y criar a un hijo, ante los problemas que la vida les ofrece. Lo cierto es que en ocasiones la urgencia de casarse y tener hijos pronto se puede deber al precario estatus de la joven y a los objetivos de tener una basta fertilidad que la misma sociedad le ha construido (Mensch, 1998), sin detenerse a meditar si estas metas en verdad las desea para su vida o le convienen realizarlas en ese momento.

Y es que la mayoría de estas adolescentes no cuentan con un proyecto de desarrollo individual ("Tentativo", 1997) fuera del matrimonio y la maternidad (Welti, 1996), pues no siempre se han propuesto estudiar una carrera que les permita desarrollarse profesionalmente y les proporcione satisfacciones personales y remuneraciones económicas que le otorgarían la independencia familiar que la mayoría de los varones posee, en parte por sus mismas condiciones económicas y por la ideología que priva en sus familias, por ello pueden no estar trabajando o estudiando desde antes de haber quedado embarazadas, por lo que el embarazo, aun cuando no es deseado, aparece como su plan de vida, y es hasta que este surge que algunas jóvenes buscan superar su condición de pobreza, para así ofrecerles mejores condiciones de vida a sus hijos ("Tentativo", 1997).

Por otro lado, para estudiar las pautas culturales que orientan a las mujeres mexicanas hacia la maternidad es necesario abordar dos cuestiones ideológicas, el valor que ellas y sus familias le confieren a los hijos y los motivos que las llevan a desear o a no rechazar un embarazo, aun cuando este no haya sido planeado.

4.1.5.1 Valor que se le confiere a los hijos

Cada persona y cada familia otorga un valor diferente a los hijos, éstos pueden ser una expansión de su propio ser, parte de sí mismos, una carga más, brazos que trabajan o una posibilidad de sustento económico y seguridad para la vejez (Fernández, 1982), o la incapacidad. Su valor varía dependiendo del contexto social y del estrato socioeconómico, ya que la construcción romántica de la maternidad se da mayormente en los niveles medios y altos, tanto por parte de la madre adolescente como de los abuelos, no presentándose el mismo caso en los estratos bajos, en donde se enfrentan condiciones de vida más adversas (Rico, 1986) que no permiten visualizar de la misma manera al hijo por nacer.

Por otra parte, no existen evidencias que expliquen satisfactoriamente por que las personas, y en este caso las adolescentes, aceptan o desean tener hijos, en un intento por hacerlo Rabin y Greene (1968, p. 40 en Pick 1980, p. 40-41) proporcionan cuatro razones principales por las cuales los seres humanos los tienen:

- ◊ Por altruismo: éstas son las personas que se encuentran motivadas por la paternidad en sí misma y no por el simple anhelo de expresar cariño y afecto a los hijos.
- ◊ Fatalista: se considera que la misión de todo ser humano es procrear y perpetuar la especie.
- ◊ Narcisista: el hijo será la extensión del padre o la madre, permitirá afirmar su capacidad física, biológica o psicológica, además de perpetuar el apellido o las características familiares.
- ◊ Instrumental: el hijo es percibido como algo útil que permitirá conseguir un fin.

En el caso de las adolescentes, el tener un hijo puede ser visto como una forma para conseguir a alguien a quien amar, como una estrategia para mantener el interés de la pareja o de complacerlo, si es que él desea tener al niño, o alcanzar un nuevo estatus como adulta al ser madre (Moore & Rosenthal, 1995) y esposa

En no pocas ocasiones estos embarazos son originados por descuidos o accidentes, aunque hay adolescentes que reconocen que tras este error había un anhelo secreto de concebir un hijo. En otros casos se da una idealización exagerada y egoísta de la maternidad, en donde la madre adolescente se visualiza como un ser omnipotente que puede asumir todos los roles, independientemente del padre (Rico, 1986), por lo que algunas mujeres buscan embarazarse, aún cuando no desean contraer matrimonio o saben que no es muy factible que el hombre se case con ellas para legitimar al hijo, ignorando así las necesidades que el menor pudiera requerir para su desarrollo como individuo.

Sin embargo, independientemente de la situación en la que se origine la concepción, las adolescentes rara vez tienen conciencia total de todas las responsabilidades que conlleva el procrear un nuevo ser, mismas que implican toda una vida comprometida a cuidar del bienestar económico, psicológico y social del menor, en detrimento de su libertad y la de su pareja.

4.1.6 Matrimonio adolescente

Otro aspecto que contribuye al embarazo adolescente es el matrimonio precoz. La unión matrimonial es una transición en la vida de un individuo que definitivamente impacta en el futuro de sus integrantes ("La Vida Sexual", 1998), esta institución social trata de controlar y regir las relaciones sexuales, legitimar los nacimientos y proporcionar seguridad económica, social y jurídica a sus miembros. Ahora bien, las sociedades contemporáneas se muestran más tolerantes ante las uniones consensuales ya que algunos sectores sociales consideran al matrimonio como un convencionalismo social o como una institución temporal (Barrera y Kerdel, 1987) pasada de moda.

En otro orden de ideas, el matrimonio adolescente o matrimonio joven es definido como "aquél en el que al menos uno de los cónyuges no tienen todavía 19 años" (Burchinal 1965, p.322 en Grinder, 1982), este tipo de uniones ha decrecido, de hecho, la edad promedio a la primera unión a nivel nacional es de 21.5, la cual varía en tres años entre el hombre y la mujer, ya que esta se casa, en promedio a los 20 años, mientras que los varones lo hacen a los 23.2 aproximadamente (INEGI, 1996), aunque datos del Programa Nacional de la Mujer contradicen

lo anterior al mencionar que la edad promedio de las mujeres a la primera unión es de 18.4 años, mientras que los hombres se unen dos años más tarde, asimismo, las mujeres que viven en las áreas rurales tienden a casarse un año antes, esto es a los 17.6 años en promedio, situación parecida a la que se observa entre la población femenina que no concluyó la primaria y la que solo cuenta con el nivel básico (*Poder Ejecutivo Federal, 1995 a*), por lo que existen divergencias al respecto.

De cualquier manera, los cambios en la edad al momento de casarse que se presentan se deben a que la mujer actualmente tienen mayores accesos a la educación, tiene planes de estudiar, trabajar, conocer gente y viajar antes de casarse, aun así, se observa todavía su incidencia. Se lleva a cabo básicamente por dos razones, como resultado de un embarazo precoz que orilló o precipitó la unión, o porque los adolescentes tomaron la decisión de casarse. En este apartado se hablará mayormente del matrimonio originado por la segunda razón, ya que la unión para legitimar un hijo es considerado como una de las cuatro opciones que la adolescente tiene para concluir su embarazo, lo cual es abordado en el quinto capítulo.

Concretando este punto, Burchinal (1965, p.245-246 en Grinder, 1982) enuncia cuatro factores que llevan a los adolescentes a casarse, como son:

- ❶ La inseguridad del mundo que obliga a los adolescentes a buscar una persona que les dé amor y lealtad.
- ❷ Los hogares infelices, además de los problemas en la escuela y la comunidad que llevan a los jóvenes a querer escapar.
- ❸ La sobrevaloración irrealista y romántica del matrimonio, en donde los adolescentes consideran que este va a proporcionarles la estabilidad emocional que ansian y contribuirá a desaparecer todos aquellos problemas, ya sea familiares o sociales, a los que se enfrentan.
- ❹ Los estímulos a los impulsos sexuales por incitamientos y expresiones de afecto físico emitidos por los medios de comunicación, lo que puede conducir al ejercicio de la sexualidad sin precaución, resultando un embarazo no deseado que conduzca al matrimonio.

Otras razones pudieran ser:

- ❶ El intentar huir de la monotonía de la vida.
- ❷ Alcanzar el estatus de personas adultas.
- ❸ Tratar de concretar un objetivo material al realizarse el enlace matrimonial.
- ❹ O ejercer las relaciones sexuales dentro de una unión sancionada por la sociedad.

Dentro del matrimonio las adolescentes tienen mayor exposición sexual pudiendo resultar embarazadas, asimismo pueden llevar más fácilmente a término este embarazo (*United Nations, 1989*), además de ello, una gran proporción de estas parejas son sometidas a presiones y a una fuerte influencia de las expectativas de sus padres y parientes para comenzar a tener hijos inmediatamente. Y en muchas culturas el matrimonio se ve consolidado con la llegada de éstos, por lo que se estima que en promedio, producen un hijo al cabo de dos años de casados (*"Libre Determinación Sexual", 1997. "Los Jóvenes Preparación", 1998*), no estando siempre en condiciones sociales, psicológicas y económicas para afrontar dichas responsabilidades.

En cifras a nivel mundial, se sabe que la más alta proporción de adolescentes casadas se encuentra en África, mientras que existen pocas variaciones en Asia y Latinoamérica, en donde se reporta que los niveles de matrimonio precoz se han mantenido estables a lo largo del tiempo, ya que entre un tercio y la mitad de las adolescentes están casadas; Centroamérica tiene la más alta proporción de adolescentes casadas, pues en esta región, entre un 20 y un 40 por ciento de ellas inician una unión precoz, de igual manera las uniones no formales prevalecen más en el Caribe y el Centro de América que en el resto del continente (*United Nations, 1989*).

En México, de 9,664,403 jóvenes, hombres y mujeres de entre 15 y 19 años que se registraron en el censo de 1990, el 88.98 por ciento (8599,177) reportó ser soltero, el 6.40 por ciento (618,422) se encontraba casado, el 3.82 por ciento (369,261) vivía en unión libre, el 0.34 por ciento (32,807) estaba separado o divorciado y el 0.11 por ciento era viudo (10,309) (*INEGI, 1993*), por lo que en total un 10.67 por ciento de adolescentes vivían o habían vivido dentro de alguna unión matrimonial. Otros datos del INEGI (*en Welti, 1995 a*) señalan que para 1980 el 20.5 por ciento de las adolescentes había estado alguna vez unida, mientras que para 1990 el porcentaje descendió a 15.9 por ciento, cabe aclarar que los datos anteriores no mencionan los motivos por los cuales los adolescentes se unieron, por tanto, pudo haber sido o no, un embarazo el que los orilló a casarse, esto mismo impide realizar aquí, la distinción en datos entre matrimonio adolescente precipitado por el embarazo o realizado por otros intereses.

Sin embargo, cualquiera que sea la razón por la cual los adolescentes se casan, la realidad es que este hecho viene a trastornar sus vidas, lo cual es más grave si el hijo no es deseado.

4.2. Factores que evitan el embarazo no deseado

En otro orden de ideas, al igual que existen factores de riesgo que conducen a la maternidad temprana, pudieran encontrarse algunas características personales, familiares y sociales que previenen los embarazos no deseados, algunos de los factores protectores que Lockart (1990 en Carpintero 1995) considera que pueden evitar el embarazo precoz son los siguientes:

Tener amplia comunicación entre padres e hijos sobre las actividades sexuales y la anticoncepción. Pues se afirma que la calidad de la relación con los progenitores es el mejor factor de pronóstico para la postergación del comienzo de la actividad sexual, ya que los padres pueden motivar a sus hijos a observar una conducta de abstinencia sexual o en su caso de responsabilidad y cuidado en sus relaciones sexuales, de igual manera, el que exista comunicación familiar posibilita a los adolescentes contar con el apoyo de sus padres para afrontar las situaciones de riesgo que se les pudieran presentar y les permite tomar decisiones positivas para su desarrollo personal.

Contar con altos niveles de comunicación entre pareja, lo que permite que puedan hablar sobre métodos anticonceptivos, planificación familiar, sexualidad y presiones para iniciar la actividad sexual, y de esta forma puedan planear sus relaciones sexuales, elegir la forma de control natal, el espaciamiento, el número de hijos que desean tener y el momento adecuado para el embarazo.

- ☑ *Tener información correcta sobre sexualidad y anticoncepción.* La información sexual provee de una serie de elementos educativos que posibilitan la toma de decisiones en torno al comportamiento sexual de forma más responsable y consciente.
- ☑ *Mayor rendimiento escolar.* Se afirma que los adolescentes con mayor nivel de educación y quienes cuentan con metas educativas y laborales más ambiciosas, en mayor medida evitan las conductas de riesgo.
- ☑ *Contar con un locus de control interno,* esto es atribuir el propio comportamiento a factores internos, lo que permite a los adolescentes controlar y ser dueño de su comportamiento sexual, así como asumir las responsabilidades que este les pudiera generar.

Además del valor contrario de muchos de los factores de riesgo ya enumerados. Por tanto, se concluye que la comunicación, la información y el conocimiento sobre los aspectos sexuales y de planificación inciden positivamente en la postergación de las actividades sexuales y en el ejercicio responsable de la sexualidad, aun cuando el controlarlos no garantiza la disminución de los embarazos en la adolescencia, pues como se ha visto en este capítulo y en el que sigue, existen factores estructurales tales como la pobreza, la insuficiencia de servicios educativos e informativos, los impedimentos sociales y económicos para acceder a los métodos anticonceptivos y el uso indiscriminado de imágenes eróticas entre otros, que continúan condicionándolos.

CAPÍTULO V SEXUALIDAD ADOLESCENTE

5.1 Conducta sexual de los jóvenes

El comportamiento sexual de los jóvenes es un factor importante en lo que a fecundidad adolescente se refiere, ya que algunas variables que de él se desprenden, tales como la edad en que éstos inician sus relaciones sexuales, quién es regularmente su pareja, las actitudes tras ese inicio y las conductas de riesgo que ellos exhiben, pueden condicionar el surgimiento del embarazo precoz, es por ello que en este capítulo se abordarán dichos aspectos, además de analizar el conocimiento que estos tienen sobre métodos anticonceptivos y cómo se realiza la transmisión de dicha información a través de los canales de socialización

También, se revisarán las razones por las que una gran cantidad de adolescentes no los utilizan, destacando el costo social y económico que implica el emplearlos, así como las barreras estructurales que les limita su acceso a las instituciones que brindan los servicios de información anticonceptiva y planificación familiar, haciendo hincapié en las diferenciaciones, según se trate de hombres o de mujeres, pues en algunos aspectos, su conducta va a variar, debido a la influencia de la moralidad que priva en la sociedad, que se muestra consecuente con unos y represiva con otras.

5.1.1 Edad en que inician las relaciones sexuales

Existen aproximadamente 260 millones de mujeres entre 15 y 19 años de edad en todo el mundo, de ellas, el 11 por ciento (29 millones) son sexualmente activas (*"La Vida Sexual"*, 1998). Según el Instituto Alan Guttmacher, en América Latina y el Caribe, entre el 46 y el 63 por ciento de las mujeres que viven en esta región habrán tenido alguna relación sexual, dentro o fuera del matrimonio para los 20 años de edad (*Meacham, 1998*), esta proporción de mujeres sexualmente activas menores de 20 años ha decrecido en los últimos decenios a menos de la mitad en Colombia, México y Perú y de casi la mitad en la República Dominicana y Trinidad y Tobago, pero ha permanecido relativamente estable en Brasil, Ecuador, El Salvador y Guatemala. En cuanto a México, se afirma que entre una quinta y una cuarta parte de las adolescentes solteras ya han tenido experiencia sexuales a la edad de 20 años (*United Nations, 1996 en Meacham, 1998; "Libre Determinación Sexual", 1997*), ésto sin tomar en cuenta a las jóvenes que ya han contraído matrimonio a esta edad.

Con respecto a este punto se considera que la edad media en que los adolescentes de ambos sexos tienen sus primeros contactos de tipo sexual es entre los 13 y 14 años y de ahí transcurren aproximadamente cuatro años hasta la primera relación coital, pasando previamente por otro tipo de actividades sexuales (*Fuertes et. al., 1995*) como son los besos, con los que regularmente inician, prosiguiendo posteriormente con las caricias exploratorias que pueden incluir o no, la masturbación recíproca. Asimismo, se afirma que la mayoría de los jóvenes de 14 años han conocido a esta edad las caricias en los senos y a partir de los 15 años inician las exploraciones y caricias en el sexo de su compañero con las manos y en ocasiones con la boca, dándose estos primeros contactos en el cine, en un coche o en el domicilio familiar, aprovechando la ausencia paterna y la mayor permisividad de los padres.

Por lo que se refiere a la iniciación de las relaciones coitales en el país, una Encuesta sobre Sexualidad Adolescente de la Secretaría de Salud, reportó en 1987 que la edad promedio en que estas comenzaban era de 17 años para las mujeres y 16 para los hombres, misma que no había cambiado desde la década de los 70 (Giacomán, 1997), sin embargo, el Instituto Alan Guttmacher (1998 en Internet) encontró, en su Estudio Mundial sobre Embarazo Adolescente, que las jóvenes mexicanas comienzan sus relaciones sexuales entre los 15 y los 16 años, en tanto que los varones las tienen entre los 14 y los 15 años, lo cual indica que los adolescentes están iniciando, en promedio, sus actividades sexuales entre uno y dos años más jóvenes que los de la década ante pasada, incrementándose así el riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual o de un embarazo adolescente que no conduzca al matrimonio, ya que la edad en que las personas se casan se ha incrementado en todo el mundo ("Los Jóvenes Preparación", 1998, Bongaarts & Cohen, 1998) hasta en 10 años.

5.1.1.1 Extensión del periodo de riesgo

Este incremento en la edad al momento de casarse se ha dado porque ahora hay un mayor número de mujeres solteras que aspiran a incorporarse a la escolaridad y el trabajo y por tanto, desean postergar su matrimonio y el nacimiento de su primer hijo hasta pasados los 20 años, lo que ha traído consigo el interés por alargar el tiempo de espera para iniciar una unión conyugal y la maternidad, que al no ser acompañados por una sexualidad protegida conduce a lo que se puede denominar la *extensión del periodo de riesgo* de un embarazo no deseado antes de la unión (Stern, 1997), mismo que cuenta con pocas posibilidades de legitimarse con el matrimonio, porque en muchas ocasiones es la joven la que no desea hacerlo al analizar las implicaciones sociales, económicas y emocionales que le originarían el casarse cuando aun no se siente preparada y considera que no es el momento para ello.

Al igual que ha aumentado la edad al momento de contraer matrimonio, ha declinado la edad de la menarquía, datos de Estados Unidos y de países Europeos muestran que ésta ha descendido en tres meses por década desde principios del siglo pasado (Wysack & Frisch, 1982 en), en tanto que otras investigaciones indican que ha existido un descenso de casi un año al respecto (García et. al., 1993), estos cambios están probablemente afectados por los factores genéticos, socioeconómicos y ambientales, pero la mayoría de los análisis han atribuido a la mejor nutrición, una aceleración en la madurez sexual de las niñas, permitiendo que la menarca llegue a más temprana edad (Bongaarts 1980, Gray, 1978 en Bongaarts & Cohen, 1998; "Libre Determinación Sexual", 1997), esto es a los 12 años en promedio, (Fuertes et. al., 1995) por lo que el número de años entre ambos eventos han aumentado substancialmente.

Esto tiende a incrementar el número de adolescentes solteras que están sexualmente maduras, lo que puede permitir una mayor prevalencia de actividad sexual, embarazos indeseados y abortos entre las jóvenes (Bongaarts & Cohen, 1998), sobre todo si el uso de anticonceptivos no se incrementa de la misma forma, ya que no siempre se les proporciona, por parte de su familia o de los sistemas educativos y de salud, los elementos informativos y materiales que les permitirían evitar un embarazo no deseado, e incluso postergar el comienzo de la misma actividad sexual.

5.1.3.2 Persona con quien inician las relaciones sexuales

Los adolescentes actualmente viven la sexualidad en forma más abierta y tolerante, ello como consecuencia de la liberación de las normas y costumbres sexuales, aun así se aprecia que los hombres se muestran más liberales en las relaciones coitales y las valoran más por sí mismas que por el significado que puedan tener (Fuertes et al., 1995), pues estos son estimulados a demostrar su hombría por medio de la actividad sexual, por tales razones es que los jóvenes empiezan sus relaciones sexuales a más temprana edad, ya sea con mujeres del comercio sexual ("La Vida Sexual", 1998), o con sus novias, aunque cabe aclarar que la prostitución ha caído un tanto en desuso, ya que con la liberación sexual es cada vez mayor el número de adolescentes que tienen su primera relación sexual con jóvenes de su edad, que pueden ser sus amigas o novias; asimismo, tienen mayores probabilidades de tener más parejas sexuales en relaciones cada vez más intrascendentes, aumentando el riesgo de adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual o la posibilidad de embarazar a alguna joven ("Libre Determinación Sexual", 1997).

Según un estudio realizado por Oliva et al. (1993b en Fuertes et al., 1995), se concluyó que los varones son quienes en mayor medida toman la iniciativa en la primera relación coital, y que esta relación no es planificada en la mayoría de las ocasiones. En dichas relaciones, los hombres tienden a exhibir una necesidad de autosatisfacción, ya que la socialización masculina se encuentra orientada hacia la conquista sexual, a la par que desconocen los mecanismos de la sexualidad femenina, la cual está mediatizada a lo emocional. Por ello, se especula que viven en sus hogares procesos de socialización en donde existe bajo nivel de comunicación familiar, y por tanto, no cuentan con experiencia de diálogo en cuanto a lo sexual, dificultando las prácticas sexuales seguras, las expresiones de afecto y la igualdad entre ambos sexos en el plano de pareja (Rico, 1986).

Por otro lado, los adolescentes aceptan mayormente las relaciones sexuales en un contexto donde priva lo emocional, por ello tienden en su mayoría, a tener sus experiencias sexuales con su novio o cónyuge (United Nations, 1989; Fuertes et al., 1995). Los motivos para tener relaciones sexuales con su pareja son: el sentir que están enamoradas, el que existan planes de matrimonio, deseen complacerlo o el que experimenten temor de dañar la relación si no acceden a sus demandas (United Nations, 1989).

Muchas otras experiencias sexuales pueden ser con compañeros mayores, impuestas por la fuerza o la coacción o por señuelos materiales o económicos ofrecidos a las jóvenes, sobre todo a las que se encuentran en condiciones de pobreza y carecen de los satisfactores elementales, de ahí que en ocasiones se decidan por las relaciones sexuales indiscriminadas o por hacer vida concubinaria desde muy temprana edad ("Libre Determinación Sexual", 1997; Barrera y Kerdel, 1987) con parejas mayores que ellas.

5.1.2.1 Edad de la pareja

Los datos sugieren que los compañeros de las adolescentes, casadas y solteras, son por lo regular mayores (Meacham, 1998). En un trabajo realizado durante 1993 y 1994 en EE.UU. por Miller et al. (1997), se calificó a la pareja de las adolescentes como mayor, si este tenía tres años o más que la joven, así el varón podía ser adolescente, pero ser considerado mayor si reunía esta característica. En este estudio se hizo una comparación entre aquellas

mujeres que tenían a un compañero mayor y aquellas que tenían a uno de su edad, los resultados que se obtuvieron fueron que las jóvenes que tenían una pareja mayor que ellas, habían iniciado a más temprana edad sus relaciones sexuales que las mujeres que tenían novios de su misma edad (14.6 vs 13.8. por ciento, respectivamente) y tuvieron menos probabilidades de reportar haber usado el preservativo en la última relación (29 vs 44 por ciento) o haber usado condón comúnmente (37 vs 56 por ciento) o en los seis meses anteriores (44 vs 66 por ciento).

En cuanto a embarazos tempranos, el 38 por ciento de las adolescentes que tenían a un compañero mayor habían experimentado un embarazo, comparado con un 12 por ciento de quienes tenían a su pareja de la misma edad, mientras que el número de parejas sexuales no se diferenció entre los dos grupos. En tanto que en un estudio realizado por Tiezzi, et. al. (1997), se encontró que aproximadamente un 60 por ciento de las mujeres que ya eran madres a la edad de 15 y 17 años. reportaron que su novio tenía por lo menos tres años más que ellas.

El que una adolescente tenga una relación con un hombre mayor es un indicador de riesgo para ella, ya que existen investigaciones como la de Miller (*et. al.*, 1997) que afirman que los hombres adultos presentan mayores probabilidades de tener VIH, debido a que han tenido más parejas sexuales, han llevado una vida sexual más variada y han experimentado mayormente con drogas. en comparación con los adolescentes, asimismo, esta disparidad pone en desventajas sexuales a la mujer, ya que son menores las oportunidades que tiene para negociar el sexo seguro (Tiezzi *et. al.*, 1997; Miller *et.al.*, 1997), que la proteja contra posibles enfermedades de transmisión sexual que el hombre pudiera tener o contra un embarazo no deseado, esto debido a las distinciones de género originadas por las diferencias físicas con respecto al funcionamiento de los sistemas reproductivos, y acentuadas por las prácticas sociales que permiten la dominación masculina y desalientan la igualdad de la mujer ("Los Jóvenes Preparación", 1998), misma que se ve incrementada con la divergencias en la edad de la pareja.

5.1.3 Actitudes de los adolescentes tras su primera experiencia sexual

Si bien son los adolescentes varones quienes comienzan a edades más tempranas su actividad sexual, parece ser que el inicio de las relaciones coitales en las mujeres tiene efectos más negativos y problemáticos (Kowaleski & Mott, 1998). Los hombres generalmente reportan que su primera experiencia sexual fue excitante y satisfactoria, pues la consideran como un rito que les confirma su virilidad, las mujeres en tanto, suelen vivirla sin placer, lo cual se puede deber al miedo al fracaso, a ser descubiertas, al clima de inseguridad que ofrecía el lugar en el que realizaron su actividad sexual, al nerviosismo y a la falta de experiencia, asimismo, tienen más probabilidades de reportar sentimientos de culpabilidad, ansiedad, depresión, preocupación, temor y vergüenza (Kowaleski & Mott, 1998; Conger, 1980).

Se considera que ello se debe a que la joven es formada en un marco valorativo en donde el sexo es bueno siempre que sea dentro de los límites de lo legal, es decir el matrimonio, o malo y por tanto ilegal, si sucedió fuera de este contexto, por ello, tiende a experimentar sentimientos de culpabilidad y necesidad de justificar su conducta sexual (Rico, 1986).

Además, el haber realizado el acto sexual entraña en algunas adolescentes una cierta tristeza y una sensación de desencanto, sobre todo cuando el encuentro fue ocasional o se dio

para satisfacer una curiosidad. La decepción se puede deber a que se accedió a la relación para no perder al compañero, la pareja no se conocía profundamente, o él no respondió a las expectativas de ella, por lo que las jóvenes pueden sentirse utilizadas.

Aunado a esto, se encuentra el temor de que la relación resulte en un embarazo no deseado, a que sepan de su actividad sexual su grupo social, a que su compañero comente con sus amigos sobre la relación y la desprestigio, a que sus padres se enteren de su actividad sexual, o a adquirir alguna enfermedad venérea, sin dejar de mencionar el mito en torno a la virginidad, arraigado en algunos sectores de la sociedad y reforzado por los grupos conservadores, por la iglesia y por los medios de comunicación. Ante estas situaciones es que las mujeres encuentran más difícil social y emocionalmente el aceptar las relaciones sexuales, aún cuando hayan sido deseadas y físicamente placenteras.

5.2 Doble estándar sexual dentro de la sociedad

Ahora bien, las distinciones entre los sexos tienden a dividirlos más en lo que a acciones y actitudes hacia a la sexualidad se refiere, un ejemplo de esto es la doble moral, en donde a la mujer se le critica más duramente por la experimentación y la participación en actividades sexuales que al hombre (*Rubin y Kirkendall, 1987*).

Este estándar se deriva de la ética sexual judeocristiana, en donde se argumenta que la gratificación sexual solo se debe obtener dentro del matrimonio. En una sociedad, hasta hace unas décadas totalmente machistas, esta forma de pensar llevó a la construcción de una moral doble en la que el coito es lícito para los varones en toda circunstancia, mientras que solo es aceptable para la mujer dentro del matrimonio, y fuera de él la mujer debe observar la abstinencia sexual si no desea ser etiquetada negativamente, perdiendo el respeto de quienes la rodean, hombres y mujeres, aunque algunos grupos juveniles en la actualidad aceptan que también el acto sexual es válido si la mujer lo realiza estando enamorada (*Grinder, 1982*) y siempre que sus relaciones no tengan consecuencias indeseadas para su futuro.

Como resultado, los adolescentes varones son alentados a comportarse con gran agresividad, buscando tener oportunidades sexuales e iniciar su actividad coital a una edad más temprana y fuera del matrimonio (*Grinder, 1982*). También es más frecuente que se culpabilice a la mujer de los embarazos no deseados y de las actividades sexuales prematrimoniales que a los varones, y que se estigmatice y condene con mayor dureza a las madres solteras (*Rubin y Kirkendall, 1987*), a las que abortan y a las que ceden a sus hijos en adopción, que a los hombres que rechazan sus responsabilidades como padres o abandonan a su familia.

5.3 Conductas sexuales de riesgo

En otro orden de ideas, los adolescentes tienden a asumir más riesgos que los adultos, ya que se encuentran en una etapa en constante evolución, por ello, conceden mucha más importancia a las consecuencias inmediatas que a las futuras (*Carpintero, 1995*), por lo mismo están expuestos a tener mayores prácticas sexuales sin las precauciones necesarias.

En ocasiones, los adolescentes son apremiados a que adopten conductas sexuales que van contra su salud, como es el aprovechar las oportunidades de tener sexo, aun cuando no

ESTOY ASESORANDO A UN
DOR LA BIBLIOTECA

estén preparados emocionalmente para ello, no deseen hacerlo o no cuenten con algún anticonceptivo para protegerse, también se les incita a tener varias parejas, o a iniciar sus relaciones solo para ser aceptados por sus amigos. En otros casos, las chicas son consideradas promiscuas e infieles si ellas sugieren el uso del condón (Cash & Anasuchatkul, 1995; Paiva, 1993 en Hughes & Mc Cauley, 1998), inhibiendo así, el interés de los jóvenes por protegerse contra un embarazo precoz, una posible enfermedad de transmisión sexual o el SIDA.

Además, muchos adolescentes no se encuentran en posibilidad de escoger el tener conductas sexuales saludables, por ejemplo, los que viven en la pobreza tienen pocas elecciones y muchas necesidades económicas, por lo que pueden tener sexo de forma menos segura o incluso a cambio de dinero (Hughes & Mc Cauley, 1998).

En este aspecto se debe tomar en cuenta a los jóvenes de la calle, un análisis realizado por Marie Pierre Sánchez y publicado en 1996 por UNICEF-México (en Giacomán, 1997), revela que la mayoría de las niñas que viven en las calles de la Ciudad de México y están en la edad reproductiva, tienen relaciones sexuales sin utilizar ningún tipo de anticonceptivo. En este estudio, algunas entrevistadas afirman haber estado embarazadas, haber abortado, haber dejado a su bebé abandonado o en casa de algún conocido, muestran tener poco conocimiento sobre salud reproductiva, tienen falsos prejuicios sobre los embarazos y la información que han recibido a través de amigos y familiares es deficiente, por tanto están también, en mayores riesgos de contraer una enfermedad de transmisión sexual.

Otra investigación al respecto (Ruiz, 1996), realizada también en la capital mexicana, reporta que tan solo en 1996 vivían 4 212 niñas en la calle, de las cuales, una de cada diez tendrá tres hijos antes de cumplir la mayoría de edad, por lo que se calcula que de estas niñas habrán nacido, por lo menos 1 263 niños sin padres en los próximos años, lo que implica que estos menores tendrán desventajas nutricionales y socioeconómicas aún antes de nacer, ya que sus madres no cuentan con las condiciones mínimas para cuidar de ellos. Por todo esto, es necesario incluir acciones específicas de educación y protección sexual entre esta población, dentro de las políticas sociales que se enfocan a los jóvenes.

5.4 Factores que propician el inicio temprano de la actividad sexual

El que una gran cantidad de adolescentes de ambos sexos inicien sus relaciones sexuales en esta fase de su vida es un hecho innegable, sin embargo, es importante examinar las causas que los conducen a ello, ya que las circunstancias en las que se suceden no siempre son planeadas, por lo que pueden salirse del control de los jóvenes. Para muchos adolescentes, el tener relaciones coitales a una edad temprana está asociado con otros factores de riesgo, tales como la pobreza, el bajo rendimiento escolar, o el provenir de familias en donde han sido maltratados (Blaney, 1994) o donde privan las relaciones familiares problemáticas, todos estos conflictos pueden facilitar el inicio de los jóvenes a la actividad sexual, como una búsqueda de afecto, como una forma de pedir auxilio o de lograr la independencia de su familia (Fuentes et al., 1995).

De igual forma, aquellos adolescentes que respetan menos las normas sociales, tienen mayores posibilidades de iniciar sus relaciones sexuales a menor edad y asumir más riesgos, como es el combinar el consumo de alcohol y drogas (Blaney, 1994; Carpintero, 1995; Kowaleski & Mott, 1998), que relajan las inhibiciones y restan importancia a las consecuencias

de los propios actos, facilitando así las relaciones cortales sin protección y en lugares inadecuados.

Asimismo, el estar enamorados, el tratar de solucionar un conflicto con la pareja, el no desear perderla para no sentirse solo o abandonado o el acceder a satisfacer el chantaje de ésta, son otras razones más para tener actividad sexual. En otras ocasiones los adolescentes sostienen relaciones para tratar de obtener la aprobación de los amigos, para satisfacer una necesidad fisiológica, para vivir una nueva experiencia que le permita saciar su curiosidad, para adaptarse a las reglas del juego, esto es, hacer lo que todos hacen, o para desafiar a la sociedad con todas sus trabas, su conformismo y su doble moral.

Otros adolescentes inician sus relaciones sexuales para huir de la monotonía de la vida, para escapar de los problemas a los que se enfrentan (*Fine en Conger, 1980*) o para desafiar a la autoridad de los padres, igualmente buscan embarazarse o deciden casarse prematuramente para así escapar de la tutela familiar, sobre todo cuando los padres se muestran en extremo rigurosos con los jóvenes o utilizan al chantaje afectivo para lograr que estos hagan lo que ellos desean. Sin embargo, se considera que las mujeres que recurren a este tipo de relación no encuentran gratificación en el acto sexual ni en la pareja, ya que lo que se busca es más bien provocar a los padres o escapar de ellos, lo cual implica angustia y tristeza para ambas partes.

También, la falta de autoestima, y de autoconfianza en el adolescente para decir no al sexo y el que este tenga un *locus* de control externo, esto es atribuir el propio comportamiento a factores que se encuentran fuera de la persona, lo que favorece el sentimiento de no ser dueños de su propio comportamiento sexual (*Carpintero, 1995*), son otros tantos de los elementos que pueden conducir a un inicio precoz de la sexualidad.

Aunado a ello, se encuentran las imágenes transmitidas por los medios masivos de comunicación y la falta de educación sexual de forma sistemática e integral desde los primeros grados escolares, lo que contribuiría significativamente a reducir la edad a la que se inician las relaciones sexuales y aumentaría el uso de anticonceptivos entre la población juvenil sexualmente activa, como ya se ha demostrado en algunos estudios.

En contra parte, existen jóvenes que no se consideran preparados para sostener relaciones sexuales porque tienen otras preocupaciones a las que le confieren prioridad, tales como el comprender los cambios anatómicos, psicológicos y sociales por los que atraviesan, aceptar su nueva imagen corporal, establecer su identidad, afrontar las relaciones con los demás y asegurar su desarrollo personal, de igual manera, los adolescentes que cuentan con la ilusión de alcanzar alguna meta educativa o profesional, tienen mayores probabilidades de observar una conducta de prevención o abstinencia.

De ahí la necesidad de proveerles, no solo de información y educación sexual, sino de alternativas educativas, económicas, sociales y culturales que les permitan construir proyectos de vida acordes a sus potencialidades e intereses y los motiven a regular su fecundidad, utilizando anticonceptivos una vez que inician el ejercicio de su sexualidad.

5.5 Conocimiento de métodos anticonceptivos

Para lograr que los adolescentes empleen los métodos anticonceptivos es necesario que estos primeramente los conozcan. Ciertas evidencias muestran que los jóvenes tienen un escaso conocimiento sobre salud reproductiva y anticonceptivos, así como mayores problemas de salud (*Mensch, 1998,*) esto como consecuencia de la deficiente comunicación que al respecto existe entre padres e hijos, la cual, de llevarse a cabo, podría orientar a estos últimos a adoptar conductas de abstinencia y prevención sexual en beneficio de ellos mismos, pues aunque en esta etapa los padres pasan a ser el blanco de las críticas de los adolescentes, aun así, es amplia la influencia que siguen ejerciendo sobre ellos, sobre todo si empiezan a utilizar nuevas formas de comunicación, en donde se les vaya confiando mayor responsabilidad e igualdad conforme éstos van adquiriendo más edad y madurez.

Además de los problemas de comunicación familiar, no se visualiza en el panorama, la existencia de un programa integral de educación sexual que incluya a las escuelas del nivel básico y medio y que se extienda a otros espacios de la comunidad, como pueden ser los centros comunitarios y centros de salud, todo ello a nivel nacional, asimismo, tienen mucho que ver en este problema las imágenes deformadas de la sexualidad que los jóvenes perciben en los distintos ámbitos de la sociedad y que incluyen a los periódicos, revistas, programas televisivos, anuncios panorámicos, Internet y grafitis, además de las conversaciones que constantemente oyen y sostienen acerca de temas relacionados con el mismo y que en ocasiones contienen información errada u omiten tocar el tema de los anticonceptivos.

No obstante lo anterior, otros trabajos reportan que en todos los países de Latinoamérica y el Caribe, excepto Haití, más del 70 por ciento de los adolescentes tienen información acerca de los anticonceptivos, aunque esto no implica que sepan como usarlos, pues por ejemplo el ritmo, el cual es un método natural, si bien dicen conocerlo, no saben identificar su período fértil (*United Nations, 1989*).

En el conocimiento de anticonceptivos también influye la edad, pues se ha determinado que las adolescentes de 18 a 19 años conocen más acerca de ellos que las adolescentes de 15 a 17 años, y tienen más probabilidades de usar anticonceptivos y usarlos de forma efectiva (*Hoferth & Hayes 1987a en Moore & Rosenthal, 1995*). Por lo que respecta a México, el INEGI (1997,) reporta que el 91.93 por ciento de las mujeres entre los 15 y los 19 años conocen por lo menos algún anticonceptivo, aun cuando nunca lo hayan usado, debido a la difusión que al respecto se ha realizado, por lo que el siguiente paso sería afirmar en los jóvenes el conocimiento que tienen, eliminando la información inexacta y proveyendo de técnicas para utilizarlos adecuadamente.

5.5.1 Papeles que juegan los canales de socialización en la educación sexual

Como ya se ha mencionado anteriormente, la información y educación que se obtiene de los canales de socialización, familia, escuela, religión, leyes, amigos y medios de comunicación, tienen un gran impacto en las actitudes y creencias del adolescente en torno a su vida, incluyendo a la sexualidad, ya que generan, perpetúan y modifican algunos aspectos vitales, respondiendo a necesidades tales como la procreación, educación, vivienda, salud, alimentación, compañía y recreación (*Fernández, 1982*).

En el hogar, el niño configura su primer modelo sexual, el que se aplicará a sí mismo y a las personas del otro sexo, de igual manera encuentra el primer modelo de relación de pareja (Fernández, 1982), por lo que es de esperarse que de la familia, y principalmente de los padres, el adolescente obtenga una fuente importante de información sobre todo lo referente a la sexualidad, sin embargo, algunos estudios indican que los jóvenes están pobremente informados sobre los aspectos básicos de anticoncepción y sexualidad, estos mismos estudios muestran que los padres, de hecho no hablan con sus hijos sobre dichos temas, porque ellos mismos se sienten confundidos, ignorantes o apenados al respecto (Population Council, 1993 en Hughes & Mc Cauley, 1998.), puesto que mucha de la información que ellos tienen debieron aprenderla por sí mismos o a través de terceras personas, por lo que al momento de transmitirla se sienten incapaces de ordenarla, clasificarla y adaptarla al lenguaje de sus hijos.

Aunado a ello, se debe recordar que en esta fase del crecimiento humano los adolescentes tienden a alejarse de sus padres, revalorando sus actitudes y creencias, buscando así su independencia familiar y la formación de una identidad propia, todo lo cual implica una serie de conflictos que llegan a distanciar o a hacer más difícil el entablar una comunicación franca sobre cuestiones que en sí mismas implican temores, por el hecho de ser consideradas como tabúes, y por que los adultos a su vez, pasaron por estos mismos problemas con sus padres, por lo que no tienen experiencias anteriores que les sirvan de referencia para aplicarlas con sus hijos

Si los padres carecen de información sobre sexualidad y no buscan entablar un diálogo claro y directo con los adolescentes pueden estar coartando el acceso de los jóvenes a la información sobre riesgos y prácticas de sexualidad y salud, así como impedirles hablar francamente sobre cuestiones sexuales y de procreación (*"Libre Determinación Sexual"*, 1997) dentro de la familia. Como ejemplo se encuentra la madre que proporciona información sobre la menstruación a su hija, ya que este es un hecho ineludible, pero sin relacionarla con la concepción (Rico, 1986), de ahí que la información sea parcial e incluso errónea.

En la misma línea, los jóvenes no consideran informantes confiables a sus padres por su nivel educativo y porque ellos los califican de niños, incapaces de ejercer su sexualidad con responsabilidad, también reportan sentirse incómodos cuando les proporcionan información sexual, ya que es dada de forma negativa (Furstenberg, 1998), por tanto evitan hablar con sus padres, ya que éstos le atribuyen un significado negativo a su posible actividad sexual, reaccionando con preocupación, temor y necesidad de controlar la sexualidad del adolescente, por lo mismo, sus dudas son descalificadas de inmediato por considerar que son inapropiadas para su edad (Bronfman, 1995 en Amuchastegui y Rivas 1997 en Internet); además, es frecuente que existan diferentes prioridades en cuanto a la educación sexual de los adolescentes, ya que ellos pueden necesitar servicios educativos y de salud que les permitan evitar un embarazo y otros riesgos derivados de la actividad sexual, en tanto que los padres pueden considerar que la actividad sexual es en sí un problema que debe evitarse (*"Los Jóvenes Preparación"*, 1998); ante tal situación, algunos padres prefieren dejar la responsabilidad de la educación sexual en la escuela.

Esta educación se da por lo regular en la secundaria, aunque ya se encuentra incluida en los planes de estudio de quinto y sexto año de primaria, lo cual es un importante avance, ya que la educación sexual generalmente retrasa el inicio de la vida sexual entre los jóvenes y les ayuda a evitar comportamientos de riesgo cuando comienzan a tener relaciones (Blaney, 1994).

Sin embargo, los promotores de la educación sexual enfrentan el mito de que esta educación propicia la promiscuidad sexual (*Friedman, 1994*), aun cuando las investigaciones hechas al respecto han demostrado que la educación e información alientan el comportamiento sexual responsable, un comienzo más tardío de la actividad coital, la abstinencia, un mayor uso de métodos anticonceptivos y un menor número de compañeros sexuales, y que estos efectos son mayores cuando los padres hablan francamente de cuestiones sexuales y de procreación con sus hijos ("*Libre Determinación Sexual*", 1997).

Desafortunadamente, no siempre se cumplen estos programas, debido a que no todos los adolescentes concluyen la escuela del nivel básico y medio básico, de igual manera, los programas de sexualidad siguen siendo censurados por un grupo reducido de conservadores y religiosos, los cuales ejercen, si no totalmente, si una importante influencia en el país, estos grupos argumentan que los padres de familia son los únicos que tienen el derecho de educar a sus hijos, por lo que a los profesores les corresponde solamente completar la instrucción brindada en el hogar, estos grupo proponen el fomento de la abstinencia sexual, la virginidad hasta el matrimonio y el no facilitar información y anticonceptivos a los jóvenes para así alejarlos del sexo, basándose en las ideas que privaban a principios del siglo pasado, en donde se aducía que la ignorancia protegería la inocencia de los niños, (*Giacomán, 1997; Bonfil, 1998*) los cuales sin embargo, tienen al alcance de su mano una serie de estímulos sexuales que les llegan directo a su hogar.

Por otra parte, la falta de habilidad de los profesores y educadores para impartir estos temas constituyen otro factor de atraso para la educación sexual. Estudios hechos con profesores y personal de centros dedicados a la salud, indican que los adultos no siempre se encuentran preparados para ofrecerles orientación sexual a los adolescentes, quienes frecuentemente se sienten incómodos o desapruaban el que los jóvenes muestren interés por conocer más acerca del sexo (*Hughes & Mc Cauley, 1998*). Muchos de estos adolescentes entonces, obtienen información sexual de sus amigos y de los medios de comunicación (*Mc Cauley & Salter, 1995; Valenzuela et al., 1989 en Hughes & Mc Cauley, 1998*), la cual puede estar malversada, ser errónea o ir acompañada de mitos.

Con sus amigos, el adolescente encuentra una fuente de información sobre los temas que a él le interesan, entre ellos la sexualidad, sin embargo, si se toma en cuenta que la mayoría de estos jóvenes se encuentran en iguales circunstancias de desinformación, se obtiene una peligrosa combinación, ya que pueden realizar prácticas sexuales de riesgo buscando de este modo ser aceptados por su grupo de iguales (*Conger, 1980*), ya que los amigos se estimulan, inhiben o motivan unos a otros para hacer o dejar de hacer algunas actividades relativas a la sexualidad (*Fernández, 1982*). Por el contrario, los amigos y compañeros que prefieren evitar los riesgos pueden llegar a influir positivamente en quienes los rodean.

Mientras que los mensajes en la música, el vestido y el lenguaje, elementos atrayentes para el adolescente, pueden promover de forma directa e indirecta las conductas sexuales sin responsabilidad, igualmente, los medios masivos de comunicación (cine, radio, televisión e impresos) llegan a jugar un papel negativo en la socialización sexual, (*Furstenberg, 1998*) debido a que todos ellos emiten constantemente mensajes que influyen en una gran cantidad de adolescentes, ya que por sus mismas características, no son elitista y no discriminan al público que los ve u oye (*Fernández, 1982*).

Dentro de la publicidad se utiliza a las personas para vender los productos sin existir congruencia en los valores ni en los ideales de hombre y mujer (Fernández, 1982), deformándose así la imagen de la juventud, del sexo, la sexualidad y la mujer, también se presenta la promiscuidad sexual, la violencia física y el uso de drogas como algo cotidiano y hasta cierto punto normal, que no puede faltar en ningún éxito televisivo o de cinematografía ("Embarazo y Oportunidades", 1997) y que sin embargo, utilizándolos positivamente, pueden contribuir en la prevención y disminución del problema en cuestión.

En otro orden de ideas, las leyes, que también son consideradas como agentes socializadores de la sexualidad, sancionan ciertos comportamientos de los individuos, respondiendo de esta forma a los valores y formas de organización social, y en esa sanción proporcionan el modelo jurídico de hombre y de mujer a seguir. Para atender a las necesidades de educación sexual, es que en México se modificó el Artículo Cuarto Constitucional en 1974, en donde se expresa lo que se desea que llegue a ser una realidad en materia familiar (Fernández, 1982), este artículo a la letra dice. "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos." (Constitución Política, 1996), por lo que a nivel jurídico, todos los individuos tienen asegurada su libertad tanto de información sexual como de planificación familiar.

En tanto que la religión sanciona comportamiento a través de la sacralización de algunos de ellos, así el nacimiento, la muerte y el matrimonio se encuentran ligados a las normas éticas y religiosas que rigen la conducta reproductiva (Fernández, 1982). Si bien, la mayoría de la población mexicana es católica, se considera que en materia de sexualidad y prácticas como el aborto o el uso de anticonceptivos, los factores religiosos desempeñan un papel menos importante del que generalmente se les atribuye (Loyo, 1974 p.187 en Pick, 1980).

De lo anterior se infiere que debido a las contradicciones que exhiben dichos canales es que se da una mayor incidencia del fenómeno de la libertad sexual, puesto que los adolescentes se encuentran dentro de una sociedad en donde priva la ambivalencia cultural, la permisividad y el conservadurismo, así como la doble moral (Giacomán, 1997), estas mismas normas culturales hacen que sientan miedo, culpa y dificultades para entablar un diálogo con sus padres y profesores sobre las cuestiones sexuales que a ellos les preocupa, por lo que inician sus experiencias sin la orientación de estos; los adultos por su parte, evitan hablar sobre dichos temas, dejándoles grandes vacíos de información que pudieran ser subsanados con cursos de educación sexual enfocados a ambas generaciones, en donde se promoviera, además de la educación puramente anatómica y fisiológica, la comunicación familiar.

Por lo que es necesario que se reconozca la sexualidad de los adolescentes y su derecho a recibir información y educación sobre aspectos de sexualidad, lo que a su vez permitiría que se visualizaran con posibilidades de ser sexualmente activos y se mostraran más responsables, por último, es necesario una mayor comunicación entre padres e hijos al respecto, que les permita contemplar otro tipo de actividades sexuales más allá de las coitales, así como un amplio acceso a los métodos anticonceptivos, evitando etiquetarlos cuando estos los solicitan.

5.5.2 Uso de métodos anticonceptivos

Por otra parte, no basta con que los jóvenes tengan información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, es indispensable también que ellas y ellos puedan y estén dispuestos a utilizarlos.

En el mundo existen 29 millones de adolescentes sexualmente activas, de las cuales, no todas emplean un método anticonceptivo (*"La Vida Sexual"*, 1998) o si lo hacen, usan los menos eficaces, como el coito interrumpido o los eficaces en forma incorrecta, especialmente la píldora (*"La Realidad del Aborto"*, 1994), por lo que tienen un 90 por ciento de probabilidades de quedar embarazadas en el primer año de haber iniciado sus relaciones sexuales o el uso de anticonceptivos (Tiezzi et. al., 1997); esto se debe en parte, a que las jóvenes con frecuencia no cuentan con suficiente conocimiento o habilidad para utilizarlos correctamente (*"La Vida Sexual"*, 1998).

Y aun cuando el uso de anticonceptivos se ha ido incrementando en los países en desarrollo, todavía es muy alto el índice de adolescentes que no emplean anticonceptivos en su primera relación sexual, ni en las subsecuentes relaciones, o su uso es muy esporádico e irregular (United Nations, 1989), en parte porque estas relaciones no son planeadas, no cuentan con ellos en el momento en que han decidido tener relaciones sexuales o la pareja influye negativamente en la utilización de los mismos.

En el análisis que hizo las Naciones Unidas (1989) los niveles más altos de uso fueron encontrados entre las mujeres de treinta años, y los más bajos, entre las adolescentes, debido a que los anticonceptivos son empleados más bien, para limitar el número de hijos que para espaciar el nacimiento de los mismos o impedir la fecundación, por ello, las mujeres adultas que ya tienen el número de hijos que desean, buscan en mayor medida limitar su fecundidad utilizándolos para tal fin.

En América Latina, el uso de anticonceptivos varía entre un 30 y un 53 por ciento (*"La Vida Sexual"*, 1998), en contraparte, aproximadamente un 35 por ciento de jóvenes solteras sexualmente activas no emplean ninguna forma de control natal en su primer relación sexual, y en todos los países latinoamericanos, el uso de anticonceptivos en la primera relación es más bajo que el uso corriente de los mismos y por lo regular utilizan los tradicionales que son menos eficaces (United Nations, 1989), lo cual trae consigo una amplia probabilidad de que las jóvenes se embaracen desde la primera relación sexual, sin que esto implique que ellas lo deseaban, ya que no siempre asocian la primera experiencia con la posibilidad de quedar embarazadas.

Por el contrario, se reportó en 1995 que un 81 por ciento de las adolescentes norteamericanas sexualmente activas, usó entre uno y dos métodos anticonceptivos, uno para evitar enfermedades de transmisión sexual y otro para evitar un embarazo no deseado, la mayoría empleó el condón masculino en un 46 por ciento, los anticonceptivos orales, en un 44 por ciento, o ambos, en un 8 por ciento (Trussell, 1997).

Mientras que en un trabajo realizado por el Instituto Alan Guttmacher sobre la anticoncepción y el aborto en América Latina (en *"La Realidad del Aborto"*, 1994), se encontró, con respecto al país, que del porcentaje de mujeres de entre 15 y 44 años que han tenido alguna vez relaciones sexuales, solo el 34 por ciento utiliza cotidianamente algún método

anticonceptivo, la esterilización femenina se registró en un 13 por ciento, el uso de píldoras o inyectables se dio en un ocho por ciento y el del dispositivo intrauterino (DIU) fue del seis por ciento, en tanto que la vasectomía, en el caso de los varones, resultó ser poco frecuente o casi nulo en los seis países estudiados. cabe mencionar que de estas naciones, México obtuvo el porcentaje más bajo de uso en todos los anticonceptivos.

Concretamente hablando de las adolescentes mexicanas se tiene que más de una quinta parte de ellas han empleado un anticonceptivo en su primera relación, el cual en un 28 por ciento resulta ser el ritmo (*United Nations, 1989*), en cuanto al uso común de anticonceptivos, la píldora es el método más utilizado entre las adolescentes casadas en un 50 por ciento, mientras que el DIU se reporta que es aprovechado por un tercio de estas mujeres. Si bien las adolescentes casadas y solteras tienen la misma probabilidad de utilizar el condón, el uso del mismo por parte de las adolescentes casadas no supera el 8 por ciento en ningún país en desarrollo (*La Vida Sexual, 1998*), quizá porque una vez que la pareja se encuentra unida matrimonialmente, juzga poco trascendente regular la fertilidad, ya que finalmente habrán de tener hijos, otra razón por la cual estas parejas pudieran no usar el condón se puede deber a que el hombre considera que la planificación familiar le corresponde a la mujer, además de calificar al preservativo como un factor externo que disminuye la sensibilidad durante el acto sexual.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995 del CONAPO (*en Giacomán, 1997*), reporta que únicamente el 36.1 por ciento de las adolescentes sexualmente activas regulan su fertilidad con algún método anticonceptivo, aunque esta es una cifra importante, sobre todo si se considera que en 1976 del total de adolescentes unidas, tan solo el 14.2 por ciento usaba algún método anticonceptivo (*INEGI, 1996*), no obstante, se recomienda que estos datos sean tomados con ciertas reservas, debido a que en las cifras oficiales por lo regular, no toman en cuenta a las adolescentes solteras por suponerse que estas no son sexualmente activas (*Giacomán, 1997*), asimismo, el INEGI (1996) señala que uno de los grupos de mujeres que presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha de planificación esta formado por mujeres que tienen entre 15 y 19 años, ya que carecen de educación sexual e información sobre métodos anticonceptivos y desconocen la forma de cómo y en donde obtenerlos.

También se han realizado estudios psicológicos en distintos países con el fin de comparar las actitudes de las adolescentes sexualmente activas que usan anticonceptivos de aquellas que no los utilizan o rara vez lo hacen. Entre los resultados que se reportan esta que quienes no los emplean tienen posturas fatalistas, muestran una mayor tendencia a sentirse incapaces de controlar lo que ocurre en su vida, a tener bajo sentido de competencia personal y una actitud pasiva y dependiente en las relaciones hombre-mujer, generalmente se inclinan más a asumir los riesgos y a hacer frente a la ansiedad, tratando de negar los posibles peligros en lugar de intentar encararlos (*Conger, 1980*).

Por lo que respecta al tipo de métodos anticonceptivos que más convienen a las jóvenes, Greydamus (1983 en Barrera y Kerdel 1987) considera que los anticonceptivos más recomendables para ellas son el dispositivo intrauterino las píldoras y las minipíldoras.

En relación con lo anterior, es importante que se difundan los métodos anticonceptivos poscoitales como son las pastillas anticonceptivas de emergencia o del siguiente día, que no

son muy conocidas, a pesar de que el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia de EE.UU. declaró que son seguras (Trussell, 1997) y tienen una efectividad del 98 por ciento. Su importancia radica en que pueden ser usadas hasta tres días después de la relación sexual, evitando, un embarazo no deseado como consecuencia de que el condón se haya roto o resbalado. Su funcionamiento depende del momento del ciclo menstrual, así, puede detener la liberación del óvulo, impedir la fecundación o interferir con la implantación en el útero. Este método anticonceptivo no es abortivo, por lo que no funciona si la mujer ya está embarazada, ya que cuando se aproxima el periodo de ovulación, el moco cervical de la mujer cambia para proteger a los espermatozoides contra el entorno normalmente ácido de la vagina y para proporcionar nutrientes que permitan la supervivencia de los mismos, por consiguiente, es posible que la concepción solo ocurra cuando hayan transcurrido algunos días después del coito, de esta manera, las mujeres que utilizan la anticoncepción de emergencia previenen el embarazo antes de su inicio (Barnett, 1996; IMIFAR, MEXFAM Folleto).

Como ya se ha mencionado, el uso de anticonceptivos durante las relaciones sexuales es un factor decisivo para proteger a los adolescentes tanto de enfermedades de transmisión sexual, como de embarazos no deseados, y aunque ellos, en su mayoría lo saben, no siempre los utilizan debido a una serie de obstáculos sociales, económicos y culturales que es preciso examinar.

5.5.2.1 Razones por las cuales los adolescentes no utilizan anticonceptivos

La mayoría de las adolescentes sexualmente activas no desean tener hijos en un futuro inmediato, incluso entre las casadas. En la mayoría de los países, por lo menos dos tercios de éstas aspiran a postergar la procreación o un segundo parto, pero influyen otros factores en el uso de métodos anticonceptivos, además del deseo de limitar o espaciar el número de hijos, factores tales como las expectativas de su familia, las normas de la comunidad, el estado civil y el acceso a los servicios anticonceptivos y de atención a la salud, pueden limitar o alentar su uso ("La Vida Sexual", 1998). A nivel social se encuentran las leyes, las regulaciones y las políticas sociales que determinan el acceso a los anticonceptivos, ya que en algunos países, las mujeres solteras no pueden acceder a ellos, y las casadas necesitan del permiso de sus esposos ("La Vida Sexual", 1998; United Nations, 1989) para hacerlo.

En las sociedades en que la mujer participa poco en la toma de decisiones sobre su vida, una adolescente puede sentirse imposibilitada a rehusar las demandas sexuales de su pareja o a exigirle el uso del preservativo ("La Vida Sexual", 1998), esto mismo sucede con las jóvenes que debido a la diferencia de edades entre ellas y sus compañeros, no pueden negociar el uso de un método anticonceptivo o le dejan a éstos la responsabilidad de las consecuencias en la salud, (Tiezzi et al., 1997; Miller et. al., 1997) atribuyéndoles más experiencia y conocimiento del que muchas veces tienen.

En otras ocasiones, el varón considera que el uso de algún anticonceptivo es responsabilidad de ella o éste permitirá la infidelidad de la mujer o su promiscuidad, ella por su parte, no los utiliza por creer que su uso podría poner de manifiesto que esperaba una relación sexual o supone que los anticonceptivos le restarán espontaneidad a sus relaciones (Conger, 1980), además de que la sociedad reprueba a las mujeres más que a los jóvenes que tienen actividades sexuales deseadas, previstas o planificadas, en lugar de espontáneas ("Los Jóvenes Preparación", 1998).

También influyen los valores con que han sido educados, puesto que se ha visto que los jóvenes varones con valores tradicionales más arraigados tienen menores probabilidades de emplear un anticonceptivo que aquellos que no los tienen, mientras que las adolescentes con valores más tradicionales tienen más probabilidades de reportar haber tenido un bebé (Kowaleski & Mott, 1998), como consecuencia de no haber utilizado un anticonceptivo o haber usado los métodos tradicionales.

Otras de las razones por las cuales los adolescentes no usan anticonceptivos son la falta de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción necesaria para tomar conciencia de las posibilidades y responsabilidades que conllevan las relaciones coitales, asimismo, pudieran tener creencias erróneas que los lleven a correr riesgos en materia de salud, mismos que pueden ser evitados con educación e información al respecto (Carpintero, 1995).

Y aun cuando exista educación sexual, factores tales como la información que se obtiene de amigos y revistas, el tener una familia que no les permita hablar de sexualidad y no les ofrezca apoyo emocional, el que el hombre ejerza presión sobre la joven para mantener relaciones, que su pareja no sea estable, que no hablen sobre anticoncepción, que las relaciones sexuales sean esporádicas, o no planeadas, así como tener experiencia previa en el uso de anticonceptivos, contar con ellos cuando los requieren o tener acceso a los mismos, son factores que condicionan su uso (Carpintero, 1995; United Nations, 1989; Moore & Rosenthal, 1995; Conger, 1980).

Además de ello está el cómo los jóvenes perciben la sexualidad, si tiene una visión negativa de los anticonceptivos, si la sexualidad la enfocan solo al coito, si los hombres piensan que la anticoncepción corresponde solo a la mujer o si consideran que el uso de anticonceptivos tiene mayores costos que beneficios (Carpintero, 1995). Y es que el utilizar algún método anticonceptivo implica una serie de obstáculos sociales y económicos para los adolescentes, principalmente para quienes viven en zonas rurales, ya que pueden ignorar dónde o cómo obtenerlos o no tienen conocimiento de ellos, y aun cuando los conozcan, pueden no saber como emplearlos adecuadamente ("La Vida Sexual", 1998).

En tanto que los adolescentes y jóvenes que si tienen mayores conocimientos sobre anticonceptivos pueden aceptarlos intelectualmente, pues saben que son necesarios para ejercer su sexualidad con responsabilidad, pero no se sienten a gusto al usarlos, aduciendo que no gozan de igual forma las relaciones sexuales porque no los han aceptado totalmente, esto pasa principalmente con el condón (Rubin y Kirkendall, 1987). Dicha afirmación viene a ser reforzada por una encuesta realizada por CONASIDA (en Giacomán, 1997,) en donde se reporta que el 30 por ciento de los capitalinos sexualmente activos de 15 a 60 años, manifestó tener dificultades con el uso del preservativo durante la relación sexual, ya que los hombres se preocupan más por la afirmación de su hombría que por la prevención, por ello, a algunos varones les parece que el condón atenta contra su desempeño sexual.

Mientras que las razones por las que algunos usan anticonceptivos efectivos y otros no son muy variadas, pueden confluir factores tales como las conductas y actitudes de los padres que influyen a su vez en las decisiones anticonceptivas de los jóvenes, la estabilidad y compromiso en la relación, la edad en la que se inicia las relaciones sexuales (Moore & Rosenthal, 1995), entre otros. Por otra parte, las jóvenes que se sienten bien consigo mismas, que sienten que tienen un buen control sobre sus propias vidas, que sostienen una relación mas

igualitaria con su pareja, que poseen mayores niveles de autoestima (Moore & Rosenthal, 1995; Conger, 1980), o tienen metas educativas y de realización personal más ambiciosas, cuentan con mayores probabilidades de usar mejores anticonceptivos para protegerse y no ver frustrado o entorpecido su proyecto de vida.

5.5.2.2 Costo económico y social al usar anticonceptivos

Dos razones más por las cuales los adolescentes no emplean los anticonceptivos son el costo económico y el costo social que conlleva el utilizarlos, ya que es sancionado negativamente por la sociedad el que los adolescentes los adquieran o los tengan entre sus objetos (Wetti, 1996), además de que a menudo se considera como premeditación el uso de anticonceptivos, lo cual es juzgado con mayor dureza ("Los Jóvenes Preparación", 1998) por el entorno social de los jóvenes. Por ello, estos pueden tener miedo a conseguir y conservar algún anticonceptivo, pues no siempre se desechan una vez terminado el acto sexual, tal es el caso de las píldoras, el diafragma, algunos métodos químicos como los espermaticidas e incluso, los preservativos que son adquiridos de tres en tres, sobrando algunos para las subsecuentes ocasiones, lo que puede delatarlos ante sus padres, familiares, amigos, profesores o cualquier otra persona que los llegaran a descubrir entre sus pertenencias, sobre todo si no gozan de privacidad al tener que compartir su habitación con otras personas o se encuentran bajo vigilancia más o menos constante por parte de los adultos.

Además, algunos anticonceptivos como las pastillas, requieren ser empleadas cotidianamente, lo cual, en un momento dado no pudiera llegar a disimularse ante las personas que ignoran la actividad sexual de la adolescente, recuérdese que no siempre estas notifican a sus padres el que ya son sexualmente activas, pues implicaría una serie de sanciones morales y restricciones para realizar sus actividades cotidianas, lo que mermaría su lucha por conseguir su autonomía.

En cuanto al costo económico de los anticonceptivos, estos varían dependiendo en donde sean adquiridos y las marcas de los mismos, por una parte, en todos los hospitales del sector salud, en CONASIDA, y en algunos centros educativos, los preservativos son otorgados gratuitamente, así como las pastillas anticonceptivas, de igual forma, en los hospitales y clínicas de planificación familiar se realiza sin ningún costo para la mujer la inserción del DIU.

Sin embargo, otros anticonceptivos como los espermaticidas, el norplant, las inyecciones, el diafragma vaginal y los preservativos de marcas comerciales, no son ofertados por estas instituciones, aunque si se les informa de ellos a las personas en general, por lo que deben ser adquiridos fuera de estos establecimientos, lo que implica el hacer del conocimiento del dependiente de la farmacia o centro comercial, su ejercicio de la sexualidad, lo cual puede ser un factor inhibitor, pues el adolescente debe superar sus temores y pudores, reales e imaginarios, para finalmente poder conseguir un anticonceptivo, temiendo que le sean negados, o sea sorprendido por algún adulto conocido, además de que no siempre cuentan con el dinero necesario para adquirirlos.

5.5.2.3 Barreras estructurales para acceder a los métodos anticonceptivos

Por último, el que las adolescentes encuentren dificultades para acceder a las clínicas, hospitales y centros de salud para recibir información y servicios sobre métodos anticonceptivos

y de planificación familiar puede limitar el uso de los mismos, ya que aun cuando en ellos se les deben proporcionar dicha atención, esto no siempre sucede, debido a que en varios de ellos se rehusan a darles información a menos que vayan acompañados de un adulto (*Hughes & Mc Cauley, 1998*), lo cual es un obstáculo, ya que los padres o familiares no siempre conocen las actividades sexuales de la adolescente (*"Tentativo", 1997*) o su pareja no desea que los utilice, muchas otras no recurren a las clínicas porque han sido abusadas sexualmente y temen que el personal reporte el hecho, y otras más son muy jóvenes e inexpertas para saber como acceder a una clínica (*Hughes & Mc Cauley, 1998*).

Como resultado de estas barreras, las adolescentes generalmente tienen su primer contacto con los programas de salud sexual y reproductiva cuando ya están embarazadas, después de haber experimentado la angustia de suponer estarlo y comprobar que solo era una falsa alarma, o cuando han tenido un aborto o tienen una enfermedad de transmisión sexual (*Hughes & Mc Cauley, 1998*).

Por lo que se debe mostrar a los jóvenes, hombres y mujeres, su derecho a la educación sexual, además de ello, deben recibir información que les permita saber como acceder a las clínicas de planificación familiar, los servicios que en ellas se ofrecen, como solicitarlos y con que personal acudir, incluso, se les podría llevar en visitas guiadas a las clínicas o centros de salud de su colonia como parte integral de los programas de educación sexual, haciendo hincapié en la responsabilidad de ambos en lo que a cuestiones sexuales y reproductivas se refiere.

Y es que la gran mayoría de los programas y políticas en materia de planificación familiar y educación sexual se orientan hacia la mujer, por ser quien mayormente se ocupa del cuidado de la familia, dejándose sin trabajar la corresponsabilidad masculina, debido a que es difícil abordar estos temas con los varones, en parte porque se muestran reacios a aceptarlos o simplemente se encuentran laborando y no cuentan con tiempo para participar en dichos programas, por tanto, se debe comenzar a educar a los hombres desde que ellos son niños o adolescentes, haciéndoles comprender que la sexualidad y las expresiones de identidad sexual no deben estar orientadas solo a la obtención de placer, si no también hacia la responsabilidad de sus actos (*Barrera y Kerdell, 1987*).

Además es necesario enseñar a los muchachos a respetar la integridad personal y la libre elección de las mujeres, a compartir con ellas la responsabilidad en cuestiones sexuales y de reproducción (*"Libre Determinación Sexual", 1997*), buscando que asimilen la necesidad de usar algún tipo de anticonceptivo como parte cotidiana de su vida sexual (*"La Vida Sexual", 1998*), para protegerse y proteger a su pareja, ya que es muy frecuente que los jóvenes consideren que el embarazo es problema de su compañera, y el solo debe preocuparse por no ser forzado a casarse. Por su parte, las mujeres deben crecer con la idea de que los anticonceptivos van a formar parte de su vida sexual hasta que haya pasado la menopausia (*Rubin y Kirkendall, 1987*), y esta práctica debe iniciar desde que tienen su primera relación sexual si en realidad desean evitar las complicaciones que la fecundidad adolescente tiene sobre las opciones de vida de los y las jóvenes, como a continuación se analizará.

CAPÍTULO VI COMO ENFRENTA EL EMBARAZO LA MADRE ADOLESCENTE

6.1 El hijo no deseado o no planeado

Como ya se ha visto a lo largo de la investigación, no todos los embarazos adolescentes son planeados y deseados, pues una gran cantidad de ellos suceden de manera imprevista, lo que lleva a la adolescente y a su compañero a contemplar y analizar una variedad de opciones para solucionar esta situación, pues a diferencia de otros problemas que se les pudieran presentar, éste implica una serie de conflictos que modificarán el curso de su vida, y les creará diversas obligaciones en detrimento de su libertad y de su individualidad.

Desafortunadamente el hecho de que el nacimiento de un niño no sea planeado sucede en una alta proporción como se puede observar en el informe del instituto Alan Guttmacher sobre América Latina, mismo que reporta que entre un 20 y un 50 por ciento de los nacimientos de mujeres entre los 15 y los 19 años no fueron planeados (*“Los Jóvenes Preparación”, 1998*), pero entre un 25 y un 50 por ciento de estos nacimientos si fueron deseados (*“Embarazo y Oportunidades”, 1997*), pues una vez concebidos, muchas mujeres terminan por aceptar su embarazo, lo cual depende en gran medida de las circunstancias que las rodean, el apoyo que reciban de su familia, su pareja y de la sociedad, así como de sus intereses, valores y de su personalidad.

Otros estudios calculan que entre un 40 y un 60 por ciento de todos los embarazos en países latinoamericanos no son planeados y terminan en nacimientos indeseados o en abortos inducidos (*“La Realidad del Aborto”, 1994*), en otros datos, entre un 44 y un 76 por ciento de los embarazos de adolescentes solteras latinoamericanas no son deseados, mientras que en EE.UU., un 73 por ciento de las jóvenes manifiestan que su embarazo no fue planificado (*“Los Jóvenes Preparación”, 1998*). Por su parte, Mc Grew y Shore, (*1991 en Carpintero, 1995*), calculan que de cada 100 embarazos que ocurren en mujeres de 15 a 24 años, solamente entre el cinco y el quince por ciento son deseados.

A nivel mundial, el Instituto Alan Guttmacher (*1998 en Internet*), considera que un 60 por ciento de los nacimientos de madres adolescentes no son planeados, y que una de cada nueve adolescentes carecen de protección anticonceptiva para evitarlos. Es importante mencionar que el hecho de que un niño no sea deseado por sus padres puede tener amplias repercusiones sobre su desarrollo, ya que una importante cantidad de niños no deseados son abandonados (*López et al., 1982*), mantenidos en la pobreza, el maltrato y la negligencia o son orillados a trabajar en la calle, pudiendo contribuir al problema de los niños de la calle y en la calle y de los que son confinados en las casas hogar.

Asimismo, se afirma que el problema de los niños no deseados o no planeados en México, tanto de madres adolescentes como adultas, nace de los profundos cambios socioculturales que está experimentando el país, la modificación de funciones de la mujer que lleva a limitar el periodo de su existencia y el tiempo diario que desea dedicar a la crianza de los hijos, además de la concepción que se le da a la mujer, misma que comienza a transformarse, ya que se le empieza a valorar integralmente por sí misma y no por su papel de madre, también se ha alterado la estructura familiar a un tipo nuclear, pero todo ello va acompañado por la

insuficiencia de servicios de planificación familiar, el desconocimiento de los métodos anticonceptivos, la irresponsabilidad paterna, las creencias opuestas a la anticoncepción (López et al., 1982) y el conservadurismo de algunos grupos en el poder (Giacomán, 1997) que tratan de impedir que los jóvenes, y la población en general, ejerzan su derecho a la información y a la educación sexual.

En contextos como éstos, las adolescentes descubren que están embarazadas, en muchas ocasiones sin habérselo planeado, sin haber tenido la oportunidad de experimentar las diferentes facetas de la vida, solas y en pareja, y sin haber decidido si su actual compañero era el que en verdad les convenía y querían para compartir con este su vida, en mejores condiciones.

En ocasiones viven un periodo muy breve entre su primera relación sexual y el inicio del embarazo, como lo muestra un estudio realizado en la Ciudad de México y en dos municipios del Estado de México por Lenkiewicz (1994), el cual reporta un lapso de cinco meses en promedio, lo que no permite a las jóvenes conocer, reflexionar y tomar una decisión en cuanto a utilizar algún método anticonceptivo para así evitar los embarazos no previstos, o planearlos oportunamente, preparándose emocional y socialmente para asimilar este cambio en su vida.

6.1.1 Actitudes de la adolescente al conocer su embarazo

Ante la sospecha de estar embarazadas la mayoría de las adolescentes, solteras y casadas, pueden experimentar miedo e incertidumbre al visualizar las alternativas que tienen y al anticipar sus posibles consecuencias, por ello mismo, se ven asaltadas por diversas dudas y temores (Carpintero, 1995), pues como ya se anotaba, no siempre han planeado su embarazo, aunque en el caso de las adolescentes casadas, que reportan su embarazo como un accidente, algunas de ellas reconocen que posiblemente lo buscaron de manera inconsciente, de cualquier modo, este hecho es asumido como una realidad que se da y que se debe aceptar (Laumaga, 1995).

En tanto que entre las solteras, es más común que su primera reacción sea el negarse a admitir el problema hasta que el embarazo se encuentra avanzado, incluso pueden creer que si no piensan en él, este desaparecerá (Moore & Rosenthal, 1995; Laumaga, 1995), por tanto, es importante que se realicen los estudios correspondientes, ya que el embarazo pudiera ser psicológico (Barrera y Kerdel, 1987), provocado por las tensiones que les origina su actividad sexual, y en el caso de ser real, requerirán de orientación profesional y familiar que las conduzca a aceptar el hecho y que las motive a realizar las gestiones que se consideren necesarias en cada caso.

En relación al bebé, experimentan diferentes tipos de reacciones emocionales que van desde el quererlo de manera confusa e idealizada hasta el rechazarlo completamente. Algunos de los cambios que les pudieran preocupar son la falta de tiempo para dormir, no poder salir cuando quieran, tener que estar pendientes del menor o no poder trabajar hasta que él halla crecido (Tentativo, 1997) y posiblemente aparezcan temores respecto a las consecuencias físicas del parto (Rubin y Kirkendall, 1987), así como a las obligaciones que habrán de adquirir en su nuevo papel de madres y, quizá de esposas, sin dejar de mencionar el miedo a ser censuradas y rechazadas por sus padres, amigos, profesores o por su pareja.

Así la adolescente tiene, entre muchos problemas, el dilema de aceptar su embarazo y comenzar a hacer los ajustes psicosociales que son necesarios, preparándose para la maternidad o bien, rechazarlo y buscar concluirlo por medio del aborto (Barrera y Kerdel, 1987).

6.2 Opciones de la adolescente ante su embarazo

La forma que escoja la adolescente para resolver su maternidad depende de una variedad de factores y cada una le generarán diferentes consecuencias, las decisiones que ha de tomar se reducen a las siguientes opciones: un matrimonio apresurado, interrupción del embarazo por medio del aborto, aceptación y crianza del hijo fuera de la unión matrimonial y búsqueda de una adopción para el niño; en la toma de decisiones se recomienda que la joven se encuentre acompañada por su familia y de un profesional que la orienten, (Barrera y Kerdel, 1987) mas no la obliguen, a elegir la alternativa que a ella mas le convenga.

Cabe añadir que en cada país, las concepciones premaritales son mayores que los nacimientos premaritales, ya que algunos embarazos terminan en abortos, espontáneos o inducidos, y en otras ocasiones, el nacimiento sucede cuando la pareja ya se ha casado (Bongaarts & Cohen, 1998).

6.2.1 Matrimonio precoz

Anteriormente, el matrimonio marcaba el inicio de las relaciones sexuales en las mujeres (United Nations, 1989), y aun cuando el embarazo se diera fuera de él, se legitimaba muy pronto con la unión, consensual o matrimonial, lo que todavía ocurre en algunos sectores de la población mexicana (Stern, 1997) sin embargo, esto está dejando de ser tan cierto, actualmente hay una menor cantidad de matrimonios formados por adolescentes que hace dos décadas, pero también ha aumentado la actividad sexual premarital entre estos, lo que puede originar una mayor prevaencia de embarazos indeseados, especialmente en los países industrializados ("Los Jóvenes Preparación", 1998), de igual forma, la maternidad temprana ha cambiado de significado, ya que no se le asocia necesariamente con el matrimonio.

En EE.UU. por ejemplo, una gran proporción de las parejas adolescentes ya no se casan como consecuencia de un embarazo, ya que ellos cuentan con la opción, mas o menos accesible del aborto, además de que es muy bajo el estigma hacia las madres solteras (Furstenberg, 1998), de ahí que las mujeres tengan la posibilidad de elegir entre estas tres opciones. En la misma línea Hofferth y Hayes (1987a en Moore & Rosenthal, 1995) reportan que las mujeres de 15 y 16 años tienen menos probabilidades de casarse para así legitimar el nacimiento del bebé, por ello, los índices de matrimonio entre adolescentes jóvenes es más bajo que entre jóvenes de 17 a 19 años, además de ello, se registran más nacimientos en adolescentes mayores, debido en parte a que estas eligen menos el aborto que las adolescentes jóvenes. También, el índice de nacimientos de jóvenes, de todas las edades, ha declinado por la recurrencia del aborto como forma para terminar un embarazo no planeado (Moore & Rosenthal, 1995).

En el país los matrimonios precoces se dan con cierta frecuencia para legitimar al hijo por nacer (Welli, 1995b), y en algunos casos el embarazo es un detonador para que los jóvenes realicen su intención de casarse, es decir que únicamente viene a apresurar el matrimonio. En el censo de 1990 se reportó que solo un 10 por ciento de los nacimientos de madres adolescentes se dieron fuera de la unión conyugal, ya sea que la mujer permaneciera como madre soltera o

que se halla unido después de tener a su hijo. Las adolescentes que en mayor proporción se unieron después del nacimiento del primer hijo fueron las que contaban con menor nivel educativo, mientras que en la población que pertenecía a sectores no marginales se buscó aparentar que el embarazo era producto del matrimonio (*Walti, 1995b*), al respecto, *Furstenberg (en Moore & Rosenthal, 1995)* afirma que los matrimonios son más probables de concretarse si la pareja tenía un compromiso matrimonial desde antes del embarazo.

En otras ocasiones, el hombre puede buscar no verse comprometido en esta situación y desconocer al niño, esto depende mucho de la actitud que tome su familia, si decide apoyarlo, incluso alejándolo del lugar o por el contrario lo convence u obliga a casarse con la adolescente, dándose así un matrimonio o una unión forzada.

De cualquier forma, es muy posible que los adolescentes casados deban atravesar por una etapa más difícil de adaptación matrimonial, pues aun se encuentran conociéndose a sí mismos y tratando de establecerse una identidad, una serie de valores y una autonomía propia, los cuales son puntos básicos que ha de concretar una persona durante esta fase para así poder alcanzar su madurez mental y forjar el lugar que aspira ocupar dentro de la sociedad, mismos que una vez conquistados le permitirán consolidar relaciones afectivas basadas en conceptos que rebasen a la atracción sexual, posibilitando la elección del consorte y el establecimiento de matrimonios estables y duraderos.

Por otra parte, existe una correlación entre matrimonio temprano y poco ajuste marital, ya que los jóvenes no siempre se casan con la persona que ellos hubieran deseado, y aun cuando así sea, tienen menos tiempo para adaptarse y conocerse entre sí, lo que tampoco les permite asimilar las responsabilidades que genera el matrimonio y la paternidad, aunado a la carencia de habilidades para resolver los conflictos de pareja (*Carpintero, 1995*). Y a pesar de que se encuentren enamorados, al percatarse de las necesidades que genera el mantener a un hijo y un hogar pueden sentirse abrumados.

Se especula también que los adolescentes casados, especialmente los de clase más desfavorecida, experimentan mayores insatisfacciones y desilusiones de su matrimonio en comparación con las personas que se casan posteriormente (*Bayer, 1968 en Grinder, 1982*), quienes más se quejan son las jóvenes casadas por un embarazo precoz, ya que no se sienten preparadas para las responsabilidades que conlleva el hogar y el cuidado de los hijos (*Grinder, 1982*), y añoran las libertades y actividades que tenían siendo solteras y que continúan realizando la mayoría de sus amigas.

Entre los problemas que enfrenta la pareja, se encuentra el rechazo social, las presiones familiares antes y durante el matrimonio, las limitaciones y restricciones que impone la unión, como es la fidelidad en una fase de la vida en que es fácil que sucedan los enamoramientos, platónicos y reales, además de las carencias económicas en las que se encuentran, pues generalmente el varón también es joven y no cuenta con una capacitación laboral que le permita acceder a un trabajo remunerado (*Alatorre y Atkin, 1995*), por lo que los padres de estos, son los que en ocasiones los auxilian con un hogar, comida e incluso dinero (*Grinder, 1982*), lo que implica la presencia de algunos problemas adicionales entre la nueva familia y los padres de los adolescentes.

Todo ello pudiera provocar la pérdida del respeto de parte del compañero hacia la mujer por considerar que es la culpable de esa situación, al no haber evitado el embarazo, a su vez la

adolescente pudiera experimentar resentimiento contra él por limitar las actividades que realizaba cuando aún no contraía matrimonio, asimismo, pueden surgir problemas entre los esposos que lleguen al abuso físico o sexual o a las relaciones extramaritales que finalicen en un divorcio (Barrera y Kerdel, 1987), que en el peor de los casos, viene a darse después de que la adolescente ha quedado embarazada por segunda ocasión (Carpintero, 1995; Barrera y Kerdel, 1987), lo cual no siempre va acompañado de la responsabilidad del hombre para seguir sosteniendo económicamente a sus hijos.

Por tanto, las perspectivas de que un matrimonio de adolescentes resulte duradero son pocas, sobre todo cuando la pareja es desertora de la escuela media, dependen económicamente de sus padres y ha habido un embarazo premarital (Grinder, 1982). Estas conclusiones son reforzadas por las estimaciones de Glick y Norton (1977 en Chow et al., 1986), quienes afirman que en EE.UU., el 72 por ciento de los matrimonios adolescentes terminan en divorcio.

Mientras que en el país, si bien la edad promedio a la primera disolución es de 36.4 años (INEGI, 1996), otro informe del mismo INEGI (1993) presenta los siguientes datos: de 618 422 adolescentes registradas en el censo de 1990 como casadas, 1 317 se divorciaron entre los primeros cinco años de casadas (INEGI, 1997), en la misma línea, un estudio realizado en Colombia, encontró que es más factible que se dé la disolución de la primera unión entre mujeres que se casaron muy jóvenes, que tenían poca educación o que vivían en unión libre (United Nations, 1989), finalmente Conger (1980) concluye que la probabilidad de un divorcio o una separación aumenta a medida que la edad de los contrayentes disminuye.

6.2.2 Madre soltera

Si no se da la unión matrimonial con el padre del bebé, la joven pasa a ser una madre soltera. Chilman (1980a en Moore & Rosenthal, 1995) incluye una variedad de factores sociales y psicológicos para explicar el que una adolescente se quede con el menor y sea una madre soltera, razones tales como la disminución del estigma social, el que ya no se vea tan importante que un hijo crezca dentro de un hogar con ambos padres, el que el varón no se responsabilice de él, los cambios sexuales y los que se han originado en los roles femeninos que posibilitan a la mujer trabajar y ser independiente de sus padres o de su pareja, son todos, elementos que la conducen a esta toma de decisión.

La proporción de madres solteras entre los 15 y los 19 años es del 32 por ciento en África, al sur del Sahara, del 17 por ciento en Latinoamérica y del uno por ciento en Asia y el norte de África, ya que en estas regiones, las normas sociales son menos permisivas con respecto a las relaciones sexuales premaritales. Otros datos para América Latina, reportan que entre un 12 y un 25 por ciento de los nacimientos de adolescentes los tienen jóvenes solteras ("La Vida Sexual", 1998).

En México, como en otros países de América Latina, el fenómeno de las madres solteras es un problema que ha estado presente desde tiempos de la Colonia, que ha afectado a mujeres indígenas, campesinas y migrantes a la ciudad, alcanzando hoy en día a mujeres de todas las edades y estratos sociales; una definición de madre soltera es: "aquella que sin vínculo conyugal legal, tampoco hubiera convivido de manera estable con el padre de su (s) hijo (s)" (Rico, 1986), la cual, es necesario distinguir de la madre adolescente, ya que no necesariamente termina ésta, siendo madre soltera.

En esta investigación se considera como **madre adolescente** a la **mujer que tiene un hijo antes de los 20 años**, o que **ha vivido su maternidad antes de esta edad** (Lauraga, 1995.) misma que puede concluir su embarazo dentro o fuera de una unión matrimonial, dependiendo de las circunstancias de ella y de su pareja.

Como ya se mencionaba, el llegar a ser madre soltera puede ser originado por la ausencia del hombre, el cual no puede o se niega a reconocer su paternidad, en otras ocasiones, la adolescente elige esta opción al saber que cuenta con su familia para criar y educar a su hijo sin el apoyo del padre, o incluso, podría darse el caso de jóvenes que acuerdan no casarse por su edad, por los impedimentos económicos y sociales que enfrentan o por sus intereses opuestos.

Por otro lado, si la mujer vive un embarazo no deseado, aunado al abandono de su pareja y al rechazo de la familia y la sociedad, es probable que sienta frustración y muestre desconfianza hacia los hombres o rehuya las relaciones sentimentales, ya que algunos hombres, al saberla madre soltera, consideran que está devaluada y puede ser fácilmente asediada para obtener una relación sin responsabilidades (Rico, 1986), por el hecho de haber tenido un hijo, de lo cual se deriva que mientras ella busca estabilidad emocional y un compañero que la apoye en el cuidado de su hijo, sus parejas buscan, en la mayoría de los casos, establecer una relación sexual poco duradera, de ahí que ella opte por el aislamiento y centre toda su atención en su hijo (Guevara, 1994).

Por tal, se le atribuye al embarazo adolescente, la formación de uniones inestables y se considera que es un obstáculo para que pueda casarse posteriormente. Además de ello, Rico (1986) señala que estas mujeres evitan iniciar nuevas relaciones, ya que tratan de ofrecerle a su hijo una imagen de madre digna, a la vez que espian de este modo su pecado, ya que muestran sentimientos de culpa y baja autoestima por haber concebido a un hijo fuera del matrimonio, lo cual habla de una serie de problemáticas psicológicas y sociales por las que estas jóvenes atraviesan a raíz de su embarazo y su soltería.

6.2.3 Aborto

La tercera opción que puede contemplar la adolescente para concluir su embarazo es el aborto, el cual es definido como la *"terminación del embarazo antes de que el feto ... sea capaz de vivir fuera del útero, lo cual se acepta que ocurre entre las 20 y las 28 semanas de gestación"* (Giraldo, 1989).

Si se revisan algunos estudios para conocer las características que distinguen a las mujeres que abortan de aquellas que no lo hacen, se encuentra que Hofferth (1987b en Moore & Rosenthal, 1995) afirma que las adolescentes más jóvenes, de entre 15 y 16 años, tienen más probabilidades de escoger el aborto como una opción para concluir con su embarazo, en comparación con las adolescentes mayores, de 17 a 19 años, en tanto que Chilman (1980b en Moore & Rosenthal, 1995), sugiere que las jóvenes que abortan tienen mayores probabilidades de tener más niveles de educación, mayores aspiraciones ocupacionales, ser de un estatus económico más alto o ser solteras.

Los exámenes de Hayes (1987 en Moore & Rosenthal, 1995), confirman estas conclusiones, aunque también afirman que es significativo el impacto de la religión y las actitudes positivas hacia el aborto de sus compañeros, de su novio y de sus padres, (Eisen et.

al., 1983 en Moore & Rosenthal, 1995) especialmente de la madre, ya que éstas últimas, son quienes mayormente pueden influir en las jóvenes para considerar el aborto como una vía de solución, la cual, es propuesta generalmente, por mujeres que tuvieron experiencias difíciles relacionadas con su propia maternidad precoz, y buscan evitar que dichos problemas se repitan en sus hijas (Laurmaga, 1995).

La recurrencia al aborto por parte de las adolescentes, está relacionada con la dificultad que enfrentan para acceder a los anticonceptivos y a la disponibilidad de servicios de planificación familiar, de igual forma, la censura social que persiste sobre las relaciones coitales de los adolescentes, no siempre permite la información sobre sexualidad y determina que las jóvenes escondan su embarazo hasta etapas avanzadas, lo que hace que el aborto, de llevarse a cabo, sea más peligroso (The Population Reference Bureau, 1996), aun para aquellas que en sus países sí se encuentra legalizado.

A pesar de que el aborto implica una gran cantidad de riesgos médicos y sociales y un importante conflicto ético para las mujeres, el PRB (1996), calcula que cada año se producen por lo menos dos millones de abortos inducidos y en malas condiciones en adolescentes, otros estudios estiman en 4,4 millones anuales los abortos de jóvenes ("Los Jóvenes Preparación", 1998).

En el país, el aborto solo es legal bajo ciertas causales, como es la violación, las razones médicas cuando el embarazo puede causar la muerte de la gestante o agravar cualquier enfermedad física o mental que padezca, o para prevenir la transmisión de enfermedades congénitas a los hijos (CONAPO, 1982), entre otras situaciones, y por lo regular, los embarazos adolescentes no entran dentro de estas categorías, por tanto, las jóvenes que deciden abortar, si no cuentan con dinero suficiente, lo hacen bajo pésimas condiciones higiénicas y con personal no calificado.

Las formas a las que recurren las mujeres de bajos recursos son: los tradicionales tés, los fabricados como el jabón, los cáusticos, los ácidos, las sondas, las agujas de tejer, los ganchos, los farmacéuticos supuestamente abortivos, los rezos, las caídas o los golpes intencionados ("La Realidad del Aborto", 1994), con todas las repercusiones que estos abortivos tienen en el cuerpo de la mujer, ya que pueden provocarle esterilidad o la muerte. Mientras que las vías para abortar con que cuentan las mujeres de mayores recursos económicos son: la dilatación quirúrgica o la aspiración por vacío, entre otras, mismas que no representan peligro para la salud de la mujer y son realizadas en clínicas exclusivas que operan en la clandestinidad, aunque Elias(1998), afirma que trabajan en complicidad con la policía judicial y el ministerio público.

En tanto que en los países donde el aborto es legal, las mujeres también enfrentan riesgos si no se someten a este procedimiento en los primeros meses del embarazo, ya sea por no tener los recursos para pagar el aborto, no haber reconocido los primeros síntomas del embarazo, ("La Vida Sexual", 1998), no contar con el transporte necesario o no tener el consentimiento de los padres para llevarlo a cabo (Barnett, 1994), todo lo cual, no permite que se realice a tiempo, aumentando los riesgos que éste conlleva. Asimismo, es interesante destacar que para las adolescentes que en su país cuentan con el acceso al aborto mas o menos disponibles, las jóvenes, especialmente las de la clase trabajadora, son quienes tienen actitudes menos positivas hacia él, pues ellas sugieren que la decisión de abortar, si el embarazo no es

deseado, puede generar conflictos, culpas y depresión en las mujeres (Moore & Rosenthal, 1995), por lo que en lo posible consideran que se debe evitar.

6.2.3.1 Causas que llevan al aborto inducido

A pesar de las probabilidades de enfermarse, quedar estériles o incluso morir, para muchas mujeres, adultas y adolescentes, el peligro que representa el tener un aborto con riesgos es menor que los temores que surgen ante la presencia de un embarazo no planificado (Barnett, 1994; CONAPO, 1982), como puede ser el miedo a la desaprobación por parte de sus padres, a herirlos o desilusionarlos, a que estos no les permitan seguir viendo a su pareja, al abandono del novio o marido, al temor de ser expulsadas de la escuela, a la incapacidad de poder casarse si llegan a tener un hijo estando solteras, a las responsabilidades financieras y emocionales de criar a un bebé (Barnett, 1994) o a ver frustrados los objetivos o el proyecto de vida que habían diseñado para ellas mismas.

Barrera y Kerdel (1987, p. 201) mencionan ocho causas por las cuales las adolescentes embarazadas solicitan un aborto, mismas que son complementadas por otros autores:

CAUSAS

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ☞ Barrera y Kerdel, 1987 | <ul style="list-style-type: none"> ☞ Para solucionar un embarazo indeseado ☞ Por presión de los padres o por miedo al rechazo de éstos ☞ Para evitar que se frustren las metas de la joven (escolares, vocacionales o vitales) ☞ Por intolerancia a los niños ☞ Debido a razones morales o religiosas ☞ Por miedo a defectos genéticos en el próximo hijo ☞ Por miedo al embarazo y parto, debido a su falta de conocimientos y a su corta edad ☞ Cuando la adolescente ha sufrido maltrato psicológico, pues desea el aborto como rechazo al papel materno |
| <ul style="list-style-type: none"> ☞ "La Realidad del Aborto", 1994 | <ul style="list-style-type: none"> ☞ Cuando la adolescente vive relaciones inestables con su familia o con el hombre que la ha embarazado ☞ Por problemas sociales y personales ☞ Cuando el embarazo es resultado de relaciones sexuales no deseadas, de violaciones o de incestos |
| <ul style="list-style-type: none"> ☞ CONAPO, 1982 | <ul style="list-style-type: none"> ☞ Al no desear casarse con el estigma de un embarazo premarital ☞ Debido a las deficientes condiciones económicas en las que vive la mujer |
| <ul style="list-style-type: none"> ☞ Rubin y Kirkendall, 1987 | <ul style="list-style-type: none"> ☞ Cuando fracasó el método anticonceptivo ☞ Cuando después de la concepción cambiaron las circunstancias que rodeaban a la madre |

Al analizar dichas razones, es factible descubrir que en varias de ellas la causa principal del aborto es que el embarazo no fue planeado y el hijo no es aceptado por la mujer ni por su medio social no obstante ello, también se puede aseverar que es este mismo entorno

problemático el que condiciona el surgimiento del embarazo, negándole posteriormente los medios materiales para llevarlo a término y para asegurar el desarrollo del hijo y de la madre, ante tal panorama, es que una gran cantidad de mujeres adolescentes y adultas optan por el aborto, aun cuando hubieran deseado concluir con su embarazo en condiciones más favorables, ya que es un tanto ilógico y simplista considerar que ellas se someten a este proceso sin ningún remordimiento, como a continuación se revisará.

6.2.3.2 Efectos psicológicos del aborto provocado

Para algunas jóvenes, la decisión de abortar es fácilmente tomada y no tiene amplias consecuencias negativas, mientras que para otras, el aborto es visto con tristeza, ellas en ocasiones tienen fantasías tales como el que el feto ya se había desarrollado completamente, tienen pensamientos acerca del sexo del bebé, y otras incluso, sueñan que le han dado un nombre (Moore & Rosenthal, 1995).

Barrera y Kerdel (1987) opinan que si la adolescente se decide por el aborto antes de los tres primeros meses, es más fácil que se alivie la situación conflictual por la que atraviesa, pero si se realiza después del cuarto mes, la joven tiene mayores probabilidades de lamentar la pérdida de su embarazo, y si fue orillada a hacerlo, tendrá resentimientos contra las personas que la presionaron a interrumpirlo, más si no le permitieron casarse cuando eso era lo que ella buscaba; claro está que estas distribuciones temporales no se cumplen estrictamente en todos los casos, por lo que deben ser tomadas con ciertas reservas.

Estos mismos autores dividen las consecuencias psicológicas que pudieran sufrir algunas adolescentes a causa de su aborto en dos tipos, los cuales son llamados efectos inmediatos y efectos a largo plazo.

Efectos Inmediatos: pueden presentarse actitudes ambivalentes, por una parte están los sentimientos de alivio y alegría al haber eliminado el problema, por el otro lado, se encuentran los de duelo y tristeza, (cuando se considera el aborto como la pérdida de un objeto ya amado), culpa o angustia (por haber terminado intencionalmente con una vida), depresión endógena y rabia contra aquellas personas que la indujeron al aborto o contra las circunstancias involucradas.

Efectos a Largo Plazo: prevalece la dificultad de superar los sentimientos de culpa o remordimiento. Por tanto, las adolescentes que escogen el aborto necesitan sentir que la decisión que tomaron fue la mejor para ellas.

A pesar de estos resultados, en estudios realizados por psiquiatras como Osofsky (1971), Greer (1979), Olson (1980) y Greydanus (1983) (todos en Barrera y Kerdel, 1987), se ha concluido que no son tan devastadoras las consecuencias psicológicas, antes al contrario, la mayor parte de las adolescentes se sienten bien después del aborto, siempre y cuando hayan recibido preparación previa y su decisión haya sido tomada razonadamente, inclusive, muchas adolescentes se muestran aliviadas y felices, ya que el embarazo y crianza del niño les representaba aun mayores problemas que el aborto. Dichos autores aseguran que en la adolescencia no se tiene la capacidad para enfrentarse a las demandas de la maternidad, por lo que el choque del aborto puede conducirlos a ver su vida de forma más realista y ser más responsables.

Las personas que deben tomar la decisión de un aborto son todas aquellas que se encuentran involucradas, como es la adolescente, su pareja y sus padres, todos ellos deben ser previamente informados por un profesional, tomando en cuenta sus diversas circunstancias individuales, pero la persona que debe estar totalmente de acuerdo en esta decisión, aceptada y razonada, es la misma adolescente (*Barrera y Kerdel, 1987*). El que sea ella quien decida abortar, y el que esta cuenta con el apoyo de su familia y de su compañero y con la orientación profesional, son cuestiones que pueden evitar o disminuir varias de las consecuencias psicológicas que se han mencionado, así como algunas de las repercusiones médicas y sociales que pudiera originarle el aborto, e incluso, pudieran ser factores que motiven a la joven a continuar con su embarazo al saber que cuenta con el respaldo económico y moral de su familia y/o de su pareja.

Si bien el aborto solo se puede practicar bajo determinadas causales, aun así, se juzga conveniente que el profesional que atienda a la adolescente embarazada y a sus padres, dialogue con ellos acerca del tema y de las sanciones sociales y legales que conlleva el realizarlo de manera ilegal, además de los riesgos biopsíquicos que ello involucra, con la finalidad de que los padres tengan una conducción que motive a la adolescente a aceptar su embarazo y a responsabilizarse de su hijo. Aun cuando muchos padres y adolescentes tal vez no tomen en cuenta esta guía, y comiencen a buscar a una persona que se dedique a realizar abortos, para así, concluir con el problema (*Barrera y Kerdel, 1987*).

Por todo ello, se considera que si en realidad se desea disminuir el aborto a nivel social, se debe primeramente prevenir el embarazo no deseado, en este caso entre las adolescentes. Dos medidas que *Barrera y Kerdel (1987)* mencionan para ello son:

- ✓ El uso de medios educativos, como la escuela, las artes y los medios de comunicación, que estimulen y refuercen la responsabilidad sexual de las y los adolescentes para que tengan conciencia de que son dueños de su cuerpo y de su conducta sexual, dentro de las normas que establece la sociedad, y con ello, puedan hacer frente a las presiones sexuales que provienen de su grupo de amigos y de la publicidad, y puedan elegir las opciones que mas les convengan, sin tener que sufrir consecuencias innecesarias.
- ✓ Los padres deben ser una fuente importante de información y orientación sexual a través de una atmósfera adecuada que permita la comunicación con la adolescente sobre estos temas, lo cual, como ya se ha mencionado anteriormente, contribuye a reducir los riesgos derivados del ejercicio de la sexualidad.

Además de estas opciones *CONAPO (1982)* propone que:

- ✓ En el ámbito legal se analicen la legislación y la reglamentación al respecto del aborto, de manera que se incluyan los derechos de todos y todas y no haya imposiciones, a través de la ley, de ideologías o valores particulares.

En el último aspecto, se coincide en señalar la necesidad de revisar las leyes que prohíben el aborto, ya que no responden a toda la sociedad, puesto que las sanciones legales no impiden que los abortos se realicen, solo los hacen peligrosos, degradantes (*Giraldó, 1989*) y socialmente injustos, porque las mujeres de escasos recursos que lo eligen, no pueden pagar por un aborto ilegal realizado en óptimas condiciones, no así las mujeres de mayores posibilidades económicas (*Barraza, 1998*).

Lafarga (en Barrera y Kerdel, 1987) menciona que "no necesariamente las legislaciones más restrictivas, sino las que mejor protegen a la mujer contra los peligros de salud y del abuso de otras personas, son las que mejor favorecen los procesos decisorios responsables, desde los ángulos ético, profesional y práctico, pues permiten que tanto los directamente afectados como los profesionistas al servicio de aquéllos exploren y analicen todas las circunstancias en un ámbito legal". Es decir que la sociedad y las políticas, antes de censurar a las mujeres que abortan, deben asegurar las condiciones necesarias que permitan el acceso a la información y métodos anticonceptivos a todos los jóvenes, asimismo, es necesario que se cuente con leyes que aseguren la igualdad de la mujer y le proporcionen seguridad médica, educativa y laboral, aun cuando este embarazada, pues es en esta etapa de la vida donde aumentan las necesidades económicas y disminuye el rendimiento en detrimento de las ganancias en el trabajo.

Igualmente, se requiere que las adolescentes cuenten con una serie de aspectos que les proporcionen seguridad económica y social a ellas durante y después del embarazo, con la finalidad de que ellas y su descendencia no corran el riesgo de ver reducidas sus oportunidades de vida, sumiéndose en la pobreza; ante tales situaciones, los adolescentes tendrían mayores elementos para posponer su actividad sexual, y una vez iniciada, estarían en mayores posibilidades de evitar las consecuencias indeseadas que esta puede generarles, y en caso de embarazos no previstos, estas jóvenes encontrarían un apoyo económico y familiar que las motivaría a concluir su embarazo, por lo que el aborto solo sería contemplado como una última opción a la que acudirían solo en casos extremos.

6.2.4 Adopción

La cuarta alternativa que se examinará es la adopción, la cual fue por mucho tiempo la opción que escogían las adolescentes para terminar con un embarazo no deseado, en países como Colombia, se acostumbraba en los sectores medios y altos entregar casi sin excepción a los niños ilegítimos para su adopción (Rico, 1986), pero con la legalización del aborto en algunos países, la reducción del estigma social sobre las madres solteras (Moore & Rosenthal, 1995) y el apoyo y solidaridad de la familia de la joven, esta opción ya no es tan escogida, por ejemplo, en EE.UU., en una muestra a nivel nacional, solo un 7.6 por ciento de los nacimientos de mujeres entre los 15 y los 19 años terminaron en adopción en el año 1971, y para 1976 este porcentaje cayó a un 2.6 por ciento (Zelnik, Kantner & Ford 1981 en Chow et. al., 1986).

Aun así, se mencionará brevemente el tema de la adopción, pues si bien no se cuenta en México con encuestas especializadas que reporten el porcentaje de niños que son cedidos en adopción y las evidencias empíricas apuntan hacia la disminución o desaparición de esta práctica por parte de las madres adolescentes, la adopción no ha dejado de existir como una alternativa que al menos es contemplada por aquellas mujeres que no planearon o no desearon a sus hijos.

No obstante la falta de encuestas al respecto, se cuenta con el informe de la Institución de Asistencia Privada, Vida y Familia A.C., misma que atiende a mujeres de todas las edades que cuentan con las características de estar embarazadas por primera vez y encontrarse en desamparo, esta institución afirma que en 1996, de 4 000 mujeres que se habían atendido, a través de 12 años de trabajo, el 30 por ciento había dado a su hijo en adopción, es decir 1 200 mujeres, y el 70 por ciento restante había decidido conservarlo (Mariscal, 1996), sin embargo, estos datos no proporcionan el porcentaje de mujeres menores de 20 años que han sido

atendidas y de este universo, cuantas dieron a sus hijos en adopción. De igual forma, en 1995 el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) dio la cifra de 677 menores que habían sido adoptados tanto por familias nacionales como de otros países ("*Urge Adecuar*", 1996), sin mencionarse cuantos de ellos eran hijos de madres adolescentes, lo que no permite contemplar en cifras, la relación entre embarazo adolescente y adopción.

Ahora bien, la adopción puede ser definida como "*la sustitución mediante la cual se crea entre dos personas un vínculo similar al que se deriva la filiación*" (Osornio, 1996) o como la "*figura jurídica que, por medio de una decisión judicial produce entre adoptante y adoptado un vínculo de filiación, al mismo tiempo que desaparecen, salvo excepciones los vínculos entre el adoptado y su familia anterior*" (Cárdenas, 1996).

La adopción es una institución social que afecta a tres conjuntos humanos: la madre, el niño y los presuntos padres adoptivos. Para que se lleve a cabo es necesario, en primer lugar, apoyar a la mujer en su toma de decisiones, de acuerdo a su realidad y circunstancias, por lo que es conveniente que reciba orientación con anterioridad para que al momento del nacimiento del niño, o poco después de nacido, esta ya haya tomado la decisión mas conveniente para ella y para el bebé (Bowby, 1982).

Antes de entregar a su hijo para ser adoptado, la madre adolescente debe haber analizado las ventajas de esta acción y las consecuencias de este acto, ya que esta determinación repercutirá definitivamente en su vida y en la de su hijo, debe estar convencida de su decisión y de que actuó con sensatez. Por su parte, el profesionista que intervenga en el proceso tiene que generarle confianza, comprender su personalidad, su carácter, conocer su situación, sus sentimientos hacia el padre del niño y hacerla que se enfrente en forma sensata con hechos que pueden ser amargos para ella.

También, se debe tomar en cuenta las actitudes que la adolescente muestra ante el problema, pues si son adversas, el nacimiento de su hijo no las transformara y es muy poco probable que se logre un buen resultado si ella se encarga de atender al niño (Bowby, 1982). El apoyo que requiere lo puede encontrar en instituciones que permiten a las mujeres solteras o desamparadas tener a su hijo en un sanatorio especial y que cooperan con agencias que dan a los niños en adopción, con previo consentimiento de la madre (Rubin y Kirkendall, 1987).

Las características que mayormente presentan los niños que son cedidos en adopción o abandonados en alguna casa hogar son el ser hijos no deseados, en edades entre los cero meses y los cinco años, que provienen de familias centradas en la figura materna o de uniones consensuales cuyos padres viven en la marginalidad y la privación social, aislados de sus familiares, con bajo nivel educativo y sin preparación laboral, asimismo, no han logrado constituir familias de procreación estables, pues el padre abandono primero a la mujer, y esta es madre soltera, en edad adulta.

Algunos motivos por los que las madres los abandonan son la imposibilidad de trabajar junto a su hijo, miedo a perder su empleo y temor a la censura social, llegando incluso a ocultar el embarazo (Quiroz, 1987). De estos datos se puede observar que si bien la pobreza y el ser madre soltera son factores que mayormente condicionan esta situación, tal parece que son mas bien las mujeres adultas las que abandonan o ceden a sus hijos para ser adoptados ante las situaciones conyugales, familiares y sociales adversas que no le permiten continuar viviendo con su o sus hijos.

Por otro lado, aún cuando se afirma que las adolescentes no entregan a sus hijos en adopción, un estudio en Chile (*en Quiroz, 1987*) muestra que algunas familias biparentales que viven en la pobreza y se constituyeron con precocidad, esto es cuando la pareja era adolescente al cabo de algunos años y varios hijos llegan a abandonarlos, ante la imposibilidad económica de mantener a más niños. Por lo que Quiroz (1987) afirma que este problema es resultado del "bajo nivel económico, la desintegración e ilegitimidad familiar, los factores propios y asociados anómalos de los progenitores y la falta de solidaridad familiar, entre ellos la ausencia paterna actúa como un acelerador de la resolución del acto de abandono".

Concluyendo, es poca la vinculación que se puede realizar entre el embarazo precoz y la entrega en adopción del menor si no se cuenta con datos especializados que permitan realizar generalizaciones, pero si se puede aseverar que regularmente la adolescente elige entre las tres primeras opciones antes referidas, prefiriendo inclusive, recurrir al aborto, en el que expone su vida, o enfrentarse al disgusto de su núcleo social si decide ser madre soltera, mientras que esta opción es llevada a la práctica en un escaso número, tal vez porque la joven, una vez que es madre, llega a sentir como un triunfo el haber formado un nuevo ser, o encuentra una motivación para proseguir su vida con el infante, y por ello, decide no renunciar a él, aún cuando en principio no lo deseaba y sus condiciones familiares y económicas no sean del todo propicias para que ella conserve a su hijo.

6.3 Prevención de nuevos embarazos

Finalmente, para prevenir los embarazos tempranos, es imprescindible ofrecerles a los adolescentes y jóvenes programas de educación sexual dentro y fuera de las instalaciones educativas, además de mayor acceso a los métodos anticonceptivos, así como mejores oportunidades de desarrollo individual dentro de la educación, el trabajo, el deporte, la cultura y la participación política.

De igual manera, se debe reconocer que una gran proporción de adolescentes ya están casados o son padres, y necesitan de orientación y determinados servicios educativos y de salud que les permitan atender su actual embarazo, en el caso de las mujeres, y prevenir la repetición de nuevos embarazos no deseados. Con respecto a las acciones que se pueden realizar para prevenir y disminuir la maternidad adolescente y algunos problemas derivados del mismo, se abundará mayormente en el siguiente capítulo, el cual propone una política integral para atender estos y otros problemas juveniles.

CAPÍTULO VII EL TRABAJO SOCIAL Y LA POLÍTICA DE ATENCIÓN A LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES

PRIMERA PARTE

Este capítulo contiene las propuestas y sugerencias que se derivan de la presente investigación, por lo que, se le ha dividido en dos partes, la primera aborda las funciones y actividades que el trabajador social puede realizar para intervenir en la prevención y disminución de la fecundidad adolescente; la segunda parte presenta la aportación concreta de la tesis, la cual es una política a nivel nacional realizada para atender este problema y otros que se derivan del ejercicio temprano de la sexualidad o que son comunes que se presenten durante la adolescencia.

7.1 Definición de Trabajo Social

Primeramente, y aún cuando no es el tema central de la investigación, se debe definir al Trabajo Social con la finalidad de establecer su papel en relación al embarazo precoz. Por ello, a continuación se presentan algunas definiciones al respecto, sin pretender abarcar las distintas concepciones históricas que han regido a la profesión, ya que para eso se hubiera requerido de una investigación más profunda sobre este punto, lo cual no fue posible por la situación extraordinaria que vivió la Universidad en 1999, misma que afectó el funcionamiento de las bibliotecas, teniendo por tanto, muy poco material bibliográfico al momento de elaborar el tema.

El Trabajo Social fue conceptualizado en los primeros periodos de su desarrollo como una "profesión administradora y ejecutora de programas de Asistencia Social encargada de solucionar problemas para promover y asegurar el bienestar individual, grupal y comunitario" (Torres, 1987). En esta definición se establece que su objetivo es la solución de los problemas que presentan los individuos, estas acciones las deberá realizar mediante la operacionalización de programas asistenciales. Destaca el hecho de que no se establece que sea una de sus funciones el diseño y la elaboración de dichos programas, concretándose a ser un elemento más en su ejecución, inserto dentro del aspecto técnico asistencial.

Otra definición es la siguiente: "el Trabajo Social es una tecnología social que aplica los conocimientos de las ciencias sociales a la realidad social con el objeto de transformarla. Su objeto es el hombre y la sociedad, a la que dirige su acción, orientando a las personas para que sean sujetos activos de su propio mejoramiento y bienestar" (Universidad Nacional de Misiones, 1974 en Torres, 1987). A diferencia de la anterior, aquí se considera que deben ser los sujetos, los encargados de cambiar sus situaciones adversas, ello con la asesoría y orientación del trabajador social. Otro aspecto que resaltar es el de conceptualizar al Trabajo Social como una tecnología, remitiendo a la concepción meramente técnica de la misma.

Al respecto Rueda Suárez (en Torres, 1987) vuelve a reafirmar que el Trabajo Social es una tecnología, ya que su objeto está directamente relacionado con la acción y no la cognición. Por tal razón no se menciona a la investigación como una de sus funciones básicas, misma que en un determinado momento permitiría producir nuevos conocimientos, los cuales podrían contribuir al desarrollo tanto de las ciencias sociales, como de la misma profesión.

Por lo que se refiere al país, la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (en Torres, 1987) definió en 1978, al Trabajo Social como *"la disciplina de las ciencias sociales que mediante metodología científica, contribuye al conocimiento de los problemas y recursos de la comunidad, en la educación social organización y movilización consciente de la colectividad, así como en la planificación y administración de acciones, todo ello con el propósito de lograr las transformaciones sociales para el desarrollo integral del hombre"*. Tal definición considera que el Trabajo Social cuenta con herramientas y elementos, tomados de las ciencias sociales, y con capacidad para modificar y transformar a la sociedad, con el trabajo consciente de la misma, lo que implica la concepción basada en el materialismo dialéctico, muy en auge en aquellos años.

Mientras que en 1996, bajo el nuevo plan de estudios de dicha licenciatura, esta misma institución educativa la define como *"la profesión que sintetiza los conocimientos de las Ciencias Sociales para interpretar y analizar la realidad, a fin de desarrollar acciones encaminadas a la solución de problemas sociales a diferentes niveles: sociedad, comunidad, grupos e individuos"* (Plan de Estudios de la Licenciatura, 1996. ENTS-UNAM). En este concepto se alude a Trabajo Social como una profesión y no como una disciplina, ya que existe la controversia de si ésta puede ser considerada como tal, ya que algunos profesionistas mencionan que no tiene objeto de estudio, olvidando que éste es el hombre y los problemas sociales que genera la convivencia de los mismos.

También, esta definición evita proponer un modelo de profesionista transformador, si no más bien analítico y propositivo de los problemas sociales y de sus alternativas de solución, acordes con la realidad en que se encuentren.

Estas son solo algunas de las definiciones al respecto, todas ellas fueron validas en su momento, sin embargo, esta amplitud de conceptos llevan a afirmar que para explicar el Trabajo Social existen tantas definiciones como profesionistas de esta carrera, ya que su conceptualización varía según la práctica profesional que aquellos realicen y las demandas sociales que atiendan, las cuales son múltiples y requieren de diversas intervenciones y enfoques, de ahí que no exista un concepto único y universal del mismo.

No obstante ello, y para fines de esta investigación se considera al Trabajo Social como *la profesión que retoma, sintetiza y analiza, por medio de la investigación social, la realidad y los problemas sociales que se derivan de la interacción de los individuos dentro de los diversos sistemas económicos, políticos, sociales y culturales. A fin de planear de manera óptima y con el mayor aprovechamiento de los recursos materiales, económicos y humanos disponibles, las alternativas para prevenir, disminuir o combatir dichas situaciones. Buscando su retroalimentación y el sustento de sus propuestas, traducidas en planes, programas y proyectos, en el trabajo y la interacción con las personas objeto de la intervención.*

A diferencia de otras carreras, dentro del Trabajo Social se investiga para intervenir, ya que los conocimientos que se obtienen de la investigación, realizada a diferentes niveles, permiten conocer la realidad de manera objetiva para así poder proponer acciones y estrategias concretas encaminadas a su solución.

Estas acciones las realiza por medio de la organización de grupos sociales, a quienes forma, capacita y supervisa para que sean ellos los que realicen dichos cambios, se desarrollen,

o combatan los problemas de orden social que los aquejan, utilizando para ello los recursos y medios que tienen a su alcance.

Sus niveles de intervención son el trabajo individualizado, grupal y comunitario, los cuales son realizados, dentro de instituciones públicas, privadas o civiles dedicadas a trabajar los diversos aspectos que tienen que ver con el hombre, sus necesidades y demandas sociales. Para ello realiza una diversidad de funciones y actividades que varían según la población y los problemas sociales a tratar, entre los que destacan las de diseñador de políticas de bienestar social, así como las de planeador, programador, ejecutor, controlador y evaluador de servicios de asistencia social, además de ello desarrolla los papeles: de capacitador, asesor, investigador social, organizador y gestor de recursos humanos y materiales (Torres, 1987).

7.1.1 Funciones y actividades del trabajador social en torno al embarazo adolescente

Como ya se anotaba arriba, el trabajador social puede realizar diversos roles y funciones para abordar éste y otros problemas. Dichas intervenciones son más o menos comunes en su trabajo dentro de las distintas problemáticas sociales, por tal razón se retoma tanto a Ander Egg (1985), como a Torres (1987), para enunciar estas funciones, aportando y ampliando cada una de ellas para el caso de la fecundidad adolescente.

Investigador:

El trabajador social puede y debe diseñar y realizar investigaciones documentales y de campo para conocer y explicar el embarazo adolescente y los diversos aspectos inherentes a éste, como son sus causas, las consecuencias que lo originan y sus posibles soluciones, lo cual le permitirá intervenir a diversas escalas en el mismo; pero no basta solo esto, se necesita además, hacer llegar los resultados obtenidos a los sujetos involucrados en la elaboración y en la toma de las decisiones en torno al problema, ya sea a nivel micro o nacional, como son los directores de instituciones, los planificadores y los políticos, con la finalidad de que estos estudios orienten las decisiones que al respecto se tomen.

Y para facilitar el manejo de la información puede realizar diagnósticos y pronósticos de las necesidades o problemas que son generados por la maternidad temprana, así como de las tendencias cualitativas y cuantitativas hacia las que se orienta, y de las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de no atenderse el problema, sin dejar de lado las propuestas de solución susceptibles de ser efectuadas.

Planificador:

Las propuestas a implementar pueden ser plasmadas mediante instrumentos programáticos tales como los planes, programas y proyectos sociales que atiendan al embarazo precoz desde su misma prevención y atención, hasta su solución, utilizando diferentes estrategias y actividades para lograrlo, como pueden ser la utilización del tiempo libre y el mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes y sus familias, las oportunidades de desarrollo de éstos por medio del empleo, la capacitación para el trabajo, la ampliación de espacios educativos, los apoyos económicos, la información sexual y la educación social, entre otros.

Educador social:

Concretamente dentro de la educación social hay un vasto campo de actividades y funciones en las que el trabajador social se inserta, como puede ser participando en procesos de

educación sexual dirigidos a diferentes grupos, con la finalidad de evitar, según sea el caso, el surgimiento del embarazo temprano, o de que vuelva a repetirse, o de prevenir algunas de sus implicaciones, ya que el trabajador social parte de la firme idea de que la educación social le proporciona a los individuos, elementos para tomar decisiones razonadas y responsables, encaminadas a resolver sus problemas, satisfacer sus necesidades o mejorar sus condiciones de vida.

Consultor- asesor- orientador:

Estas funciones pueden ser ejercidas en los tres niveles de intervención, individuos, grupos y comunidades. Dentro del trabajo individual se encuentra la atención, orientación, información y canalización a adolescentes embarazadas, a jóvenes que han abortado o que se encuentran en riesgo de embarazarse o de adquirir alguna enfermedad sexual, así como a padres de familia y a parejas adolescentes que viven estas situaciones, buscando que éstos afronten su situación y resuelvan los conflictos planteados.

Mientras que en el nivel grupal, el trabajador social cuenta con los elementos metodológicos para trabajar en la formación, organización, asesoría y supervisión de agrupaciones, en este caso de adolescentes embarazadas o en riesgo de embarazarse o de organizaciones de jóvenes orientados a realizar diversas actividades que les permitan visualizar otras opciones de vida además del matrimonio y la paternidad, como pueden ser los clubes, los grupos de música, las pandillas, las micro empresas, los grupos de auto ayuda, o de desarrollo individual.

Y en uno de los niveles más amplios de intervención se contempla la organización y movilización social, potencializando la vida de la comunidad, al facilitar su participación en tareas que les permitan trabajar en la prevención del embarazo adolescente o de sus problemas, impulsando el asociacionismo entre padres de familia o de adolescentes embarazadas, así como la constitución de grupos que difundan educación e información sexual a grupos de su misma edad y características socioeconómicas.

Proveedor de servicios:

Mismos que serán ofertados dentro de programas y proyectos que benefician a las adolescentes embarazadas y a la población involucrada que lo solicite, realizando acciones preventivas, asistenciales o rehabilitadoras, generando conductas que sirvan para que los sujetos que demandan los servicios resuelvan sus problemas por sí mismos, u obtengan su solución a través de la institución a la que han acudido.

Evaluador y supervisor:

De servicios, programas y actividades que se llevan a cabo dentro de instituciones que atienden al problema estudiado, con la finalidad de obtener una retroalimentación de estos servicios que permita mejorarlos, así como determinar su continuidad y mantenimiento y apoyar en la maximización de los recursos disponibles.

Coordinador:

Entre las diversas instituciones presentes en la comunidad y entre éstas y la población, promoviendo en las personas que requieren sus servicios, su utilización efectiva y el acceso a ellos, a través de informar sobre su existencia y los procedimientos y estrategias para obtenerlos.

Elaborador e instrumentador de políticas sociales:

Tanto a nivel nacional, estatal y municipal, como en el ámbito institucional, que garanticen los niveles de asistencia, seguridad y bienestar social de la población adolescente y juvenil en general, así como de las adolescentes embarazadas, de sus hijos y de las jóvenes parejas de escasos recursos.

En tanto que las actividades que puede realizar el trabajador social, y las cuales algunas ya han sido incluidas dentro de las funciones, antes mencionadas, son:

Participación en cursos, conferencias y pláticas a diferentes grupos de la sociedad, con la finalidad de informar sobre el embarazo precoz, las formas de evitarlo y de atenderlo, así como los avances más recientes en las áreas médicas, psicológicas y sociales que se hayan conseguido implementar.

Capacitación sobre como impartir cursos de información y educación sexual y como atender a adolescentes embarazadas, a grupos específicos de la población, como pueden ser los mismos adolescentes, los profesores, padres de familia, profesionistas que trabajan directamente con los jóvenes y estudiantes de medicina, enfermería y psicología, así como de las carreras del área social.

Elaboración de libros, folletos y artículos científicos y de divulgación para revistas especializadas, que expliquen el embarazo adolescente y las líneas de acción que como sociedad e individuos pueden adoptarse.

Revisión de libros de texto gratuito y libros para secundaria y preparatoria que abordan las cuestiones sexuales y el embarazo adolescente, con la finalidad de incluir los diferentes aspectos biológicos, psicológicos y sociales que permitirán dar a los lectores una visión integral de dicho problema.

Programación de concursos y actividades artísticas, culturales y deportivas dirigidas a los adolescentes, buscando que éstos utilicen su tiempo libre sanamente, aprendan formas de expresar el afecto que no necesariamente impliquen las actividades sexuales, visualicen diversas maneras de desarrollo individual, además de las tradicionales, se interesen por actividades creativas y recreativas que los motiven a posponer las relaciones sexuales o el matrimonio, y analicen las consecuencias del embarazo a temprana edad, entre otros objetivos.

Realización de visitas guiadas a instituciones que oferten diversos servicios a los adolescentes, principalmente aquellos que están enfocados a la prevención y atención del embarazo precoz.

Estudios socioeconómicos de madres adolescentes que demandan determinados servicios dentro de las instituciones y no se encuentran en posibilidad de pagar las cuotas establecidas, o requieren de ciertos satisfactores materiales o económicos y para ello necesitan comprobar su situación económica y social.

Enlace institucional para el reforzamiento de programas dedicados a la atención del embarazo adolescente y otros aspectos de la adolescencia, con la finalidad de utilizar todos los recursos que se encuentran dentro de la sociedad y que solo se requiere solicitarlos.

Organización, elaboración, adaptación y participación en obras teatrales de corte social. Por experiencia se ha comprobado que el teatro, al igual que el cine debate, son herramientas eficaces para el trabajador social, ya que permiten exponer a los asistentes determinadas problemáticas de índole social de una manera ágil y amena, haciendo pasar al público de espectadores pasivos a participantes, al ser ellos quienes proponen diversas soluciones a las situaciones que en escena se les presenta, lo cual en muchas ocasiones impacta más que una plática al respecto.

Detección de jóvenes en riesgo de embarazo y canalización de adolescentes embarazadas o que se han sometido a un aborto a las instituciones educativas y de salud correspondientes.

Atención directa a madres y parejas adolescentes mediante los talleres de educación y planificación familiar, escuela para padres y orientación matrimonial.

Trabajo en la gestión de diversos servicios para madres jóvenes tales como guarderías, becas de estudio, asistencia social y promoción del empleo femenino.

Y en general, asesoría y orientación a toda aquella persona que requiera información al respecto.

Estas son solo algunas actividades y acciones que el trabajador social puede realizar, englobadas ellas dentro de funciones específicas y bien delimitadas; mismas que se está consciente que no son las únicas ni cubren todos los aspectos a abordar dentro del embarazo temprano, ya que las adolescentes también requieren del apoyo médico, psicológico y jurídico, brindado por un equipo multidisciplinario, inserto dentro de programas institucionales o acciones comunitarias especialmente diseñadas para atender este tipo de problemas; en las que el trabajador social, por su formación profesional, está en capacidad de implementar, coordinar y supervisar las propuestas plasmadas en este apartado.

SEGUNDA PARTE

7.2 Política de Atención a los Adolescentes y Jóvenes

Esta parte del capítulo presenta la Política de Atención a los Adolescentes y Jóvenes, la cual, como ya se anotó, se dirige no solo a las adolescentes embarazadas, sino a toda la población mexicana, adolescente y juvenil, en edades comprendidas entre los 10 u 11 años hasta los 21 o 22 años, en el caso de los adolescentes (*Barrera y Kerdel, 1987; Molinari y Aguilar, 1993*), y de esta edad hasta los 29 años, que es la edad en que se considera que ha terminado la juventud (*INEGI en Welti, 1996*) para dar paso a la edad adulta, buscando de esta forma, lograr una planeación e intervención global que incida en las diversas problemáticas de esta población, y no solo a las que se refieren al plano sexual, ya que si bien éstas son un gran problema por sí mismas, se requiere cubrir también las diversas necesidades de los jóvenes, trabajando integralmente con las instituciones públicas, privadas y sociales de los sectores de salud y de educación, así como con los adultos que se relacionan de una u otra manera con aquellos.

El haber realizado una política que tiene como intención ser aplicada en todo el país se debe a dos razones, primeramente está el hacer una propuesta que vaya acorde con el carácter

de la investigación, la cual es un análisis cualitativo y cuantitativo del embarazo adolescente a nivel nacional, por tanto este aporte debía ser de la misma magnitud, en segundo término, se busca incursionar en el ámbito de la toma de decisiones que rigen los aspectos de la vida del país, por lo que en vez de criticar la ausencia de ciertos servicios, el Trabajo Social propone el otorgamiento de ellos de forma integral, atendiendo al contexto socioeconómico en que sean aplicados los programas que del presente trabajo se derivan.

Esta política esta compuesta de objetivos generales, mismos que guiarán y dirigirán el rumbo de las acciones a seguir, también contiene programas y proyectos, los cuales a su vez incluyen objetivos y líneas de acción, mismas que son consideradas como *"las actividades que precisan e impulsan las acciones que deben llevarse a cabo dentro de los lineamientos acordados"* (Luna.1997, apuntes en clase). Además de ello, la política contiene estrategias y vertientes de instrumentación.

Todas estas partes se irán desglosando a lo largo del capítulo, cabe mencionar que además de estos componentes, una política social debe contener generalidades y/o antecedentes y un diagnóstico de la situación que se trabajará, sin embargo, estas dos partes no se incluyen en este capítulo ya que fueron desarrolladas en la primera parte de la tesis.

7.2.1 Objetivos

La presente política, recurrió a la revisión y en ocasiones adopción de los objetivos plasmados en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Programas Nacionales de Población y de la Mujer 1995-2000, esto se debió al interés de realizar una propuesta acorde con los lineamientos que en el momento de su elaboración predominaban, pero realizando su integralidad en una sola política, de la cual se establecieron como objetivos:

- ⌘ Prevenir y disminuir los embarazos en la adolescencia
- ⌘ Reducir el número de adolescentes embarazadas
- ⌘ Reducir el número de madres adolescentes embarazadas por segunda vez
- ⌘ Incidir en la disminución de los embarazos adolescentes que terminan en abortos
- ⌘ Generar espacios que atiendan el problema del embarazo adolescente
- ⌘ Prevenir otros problemas derivados de la actividad sexual sin protección, como son las enfermedades de transmisión sexual o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- ⌘ Promover la responsabilidad sexual de los adolescentes, por medio del uso de métodos anticonceptivos, y la postergación del inicio de su actividad sexual
- ⌘ Informar a la población adolescente, juvenil y adulta, que convive cotidianamente con los dos primeros, sobre sus problemáticas y las medidas de acción que se pueden implementar al respecto
- ⌘ Incrementar los servicios dirigidos a atender los diferentes aspectos de la adolescencia

De lo cual se esta consciente que si bien todos estos objetivos ya han sido propuestos en otras políticas, era necesario y por tanto aquí se realiza, integrarlos en una misma política, a fin de abarcar de manera conjunta al total de los problemas a los que los jóvenes se enfrentan.

7.2.2 Programas

En la ejecución de la política se propone un plan que abarca cuatro programas, dos destinados a la prevención y disminución de la fecundidad adolescente y de otros problemas que se derivan de las actividades sexuales de riesgo, uno enfocado a promover entre los adolescentes y jóvenes, por medio de la cultura, el análisis sobre sus opciones de vida y las consecuencias de no planear sus actividades sexuales, y otro más que se orienta tanto a la atención del embarazo temprano y sus consecuencias, como de las problemáticas que atañen al común de los adolescentes y jóvenes.

Dichos programas engloban cuestiones biológicas, psicológicas y sociales referentes a la adolescencia y al embarazo precoz, ya que se considera que el solo trabajar en el embarazo adolescente reduce en mucho las posibilidades de esta propuesta. Por medio de acciones muy concretas y complementarias se buscará alcanzar determinados fines que en su conjunto cubrirán los objetivos generales ya antes enunciados, los programas son:

1. Programa Integral de Educación Sexual a Nivel Nacional
2. Programa de Difusión Masiva de Información Sexual
3. Programas Culturales para Adolescentes
4. Programa de Atención a los Adolescentes y Madres Adolescentes

A continuación se describirá brevemente el contenido de cada programa, sus estrategias, líneas de acción y objetivos generales.

7.2.2.1 Programa Integral de Educación Sexual a Nivel Nacional

Objetivo:

Proporcionar educación sexual a la población adolescente y adulta, misma que les permitirá adoptar las actitudes y conductas que mas convenga a sus intereses y expectativas de vida.

Para prevenir y disminuir el embarazo adolescente, así como otros problemas que pueden desprenderse del ejercicio precoz de la sexualidad, se necesita establecer un Programa Integral de Educación Sexual a Nivel Nacional que inicie en la primaria, de ser posible en los primeros grados escolares, y abarque hasta la educación media superior, por ahora, es un importante avance el hecho de que en septiembre de 1998 se haya incluido en el libro de texto gratuito de quinto grado de primaria, los temas de sexualidad humana, lo que ha permitido el comienzo de la educación sexual, como tal, un año antes de lo que se contemplaba en los anteriores planes de estudio.

Éste es el programa más extenso y el que mayor peso tiene dentro de la política, puesto que se considera necesario contribuir al fortalecimiento y consolidación de una cultura de la responsabilidad sexual, mediante procesos educativos y de información. Por lo que la educación en población es estratégica, ya que contribuye a transformar la mentalidad de los individuos y permite la adopción de valores y actitudes que influyen en su conducta sexual y reproductiva al convencerlos sobre las ventajas de asumir determinadas actitudes, por ello, estas acciones no buscan solamente alcanzar un objetivo de información o conocimiento, sino que pretenden trascender a la esfera de los comportamientos de los adolescentes y jóvenes, propiciando en

dicha población, actitudes de mayor compromiso y participación en la solución de los problemas que afectan su calidad de vida.

El programa de educación sexual que aquí se propone busca ser integral en todos los sentidos, desde abarcar a diferentes grupos etarios que se encuentran como población cautiva dentro de las escuelas del nivel básico, medio y superior, hasta hacer llegar esta información a sus padres, profesores y todos aquellos profesionistas que trabajan con los niños y adolescentes, como son los psicólogos, pedagogos, médicos, enfermeros y trabajadores sociales, todo ésto sin descuidar a la población adolescente que por diferentes motivos no se encuentra estudiando.

El incluir a la población adulta en estos programas obedece a varias razones, una de ellas es el tomar en cuenta sus opiniones y experiencias para enriquecer la propuesta, y otro, es cubrir los vacíos de información sexual que presentan los adultos que tienen mayor trato con los jóvenes y niños, con lo cual se promoverá además, la comunicación familiar franca y sin tabús sobre cuestiones sexuales que tanto preocupan a padres e hijos pero que pocas veces abordan por carecer de los elementos teóricos necesarios para discutirlos sin entrar en conflictos y confrontaciones ideológicas y generacionales.

Los contenidos temáticos deben abarcar progresivamente los conocimientos sobre crecimiento y desarrollo del niño, pubertad y adolescencia, cambios biológicos, psicológicos y sociales del adolescente, anatomía y fisiología de los aparatos sexuales reproductores, higiene sexual y personal, fecundación, embarazo, parto y lactancia.

El diseño de los programas se extenderá mas allá de las cuestiones sexuales al promover las relaciones sociales saludables, pues la sexualidad, en su concepto más amplio, no solo se refiere a los aspectos de reproducción sino que también abarca a todos aquellos aspectos bio-psico-sociales que forman parte del crecimiento y de la personalidad del ser humano, por lo que se incluirá el tema de las relaciones humanas e interpersonales, explorando los aspectos relativos a la amistad y al noviazgo, como lo es la elección de los amigos, la formación de una pareja, el cortejo, la importancia de la comunicación en la pareja para resolver conflictos, para planear sus actividades y para decidir si han de tener o no relaciones sexuales; de igual forma, se deben abordar las relaciones y la comunicación familiar, buscando así, revalorar el papel que la familia tiene en la socialización de la sexualidad, y la importancia de la orientación paterna en el ejercicio de las actividades sexuales.

Por otro lado, se visualiza a los adolescentes como personas que en cierto momento de su vida formarán una familia, por ello se incluirá la preparación para el matrimonio, la formación de la familia, sus objetivos y funciones sociales, los derechos y obligaciones que genera, las ventajas de la fidelidad, la importancia de los hijos, las responsabilidades que conllevan, así como la información para la procreación responsable y la importancia de la atención médica durante y después del embarazo.

Ante las problemáticas derivadas de la sexualidad, es necesario poner énfasis en la responsabilidad sexual de las personas, por consiguiente, los adolescentes tienen que contar con suficientes conocimientos que les permitan adoptar decisiones sensatas en torno al ejercicio de su sexualidad, recordando que dicha información no solo les servirá ahora que son jóvenes y solteros, sino también, una vez que se hayan casado. En el plano de las relaciones sexuales se debe proveer de información precisa sobre el acto sexual, los métodos anticonceptivos, su

forma de uso, su grado de efectividad, los efectos secundarios que pudieran producir, y los lugares y la forma para conseguirlos, desarrollando, por medio de técnicas específicas, las habilidades para usarlos correctamente, y abordando los problemas directos e indirectos que se originan de la actividad sexual sin protección, como son: las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA, el embarazo no planeado, los matrimonios forzados, las madres solteras o los abortos de alto riesgo.

De igual manera, se deben estudiar las diversas opciones para ejercer la sexualidad de forma segura, sin llegar necesariamente al coito, haciéndole ver a las personas que el sexo no es un aspecto negativo, pero si implica riesgos y compromisos, lo que permitirá derribar tabúes e infundirles el interés por la responsabilidad de sus actos.

Asimismo, se deben incluir dentro de los programas, modelos y prácticas en donde los asistentes ejerciten la comunicación familiar y de pareja, la negociación y utilización de anticonceptivos, el decir no al sexo cuando no se desea o no se encuentra preparado para ello, la identificación de situaciones sexuales de riesgo, el análisis del uso del sexo en los medios de comunicación como ganchos publicitarios, y las presiones que ejercen los amigos, e incluso los familiares, en el inicio de las relaciones sexuales.

En la misma línea, es indispensable promover la postergación de la primera relación sexual y el uso de anticonceptivos en los jóvenes sexualmente activos, combinando mensajes sobre abstinencia y prácticas sexuales seguras, sin darle mayor énfasis a alguna de las dos, ya que los adolescentes son los que deben tomar sus propias decisiones sobre la base de la información.

El incluir ambos mensajes responde al propósito de abarcar a toda la población a la que se dirige esta política, y por ello, parte del reconocimiento de que un gran número de adolescentes ya han comenzado a tener relaciones sexuales o están próximos a iniciarlas, y para estos grupos, el ofrecerles la abstinencia no es una alternativa que en verdad contemplen, porque, o bien ya se han casado o simplemente desean ejercer su derecho a la sexualidad, la cual debe ser respetada y apoyada con información, educación y servicios sanitarios por parte del Estado y de la sociedad mexicana.

Otros temas que necesariamente se tienen que abordar son: la virginidad, los juegos sexuales, las caricias, el sexo premarital, la masturbación, la homosexualidad, la prostitución y la pornografía, que son alternativas creadas por los propios miembros de la sociedad para la expresión sexual, mismas que siguen recibiendo sanciones negativas y son tabúes dentro de amplios sectores sociales, lo que no permite la discusión abierta y decida que permitiría la solución y legislación de algunas de ellas, como son, en este caso, la prostitución y la pornografía, así como la evaluación en su justa medida de los costos psicológicos, médicos y sociales que algunas de estas actividades pueden provocar en los jóvenes.

Por ello, es imprescindible trabajar estos temas con los adolescentes, ya que el evitar mencionárselos no será suficiente para lograr que los ignoren, y por el contrario, su curiosidad los puede impulsar a practicarlos sin previo conocimiento de sus consecuencias.

También se propone trabajar las cuestiones de igualdad de género, los roles sexuales, la autoestima, los valores familiares y sociales, las opciones de desarrollo individual, el proyecto de vida y la importancia de ejercer otras funciones aparte del matrimonio y la paternidad, como

aspectos que darán integralidad al programa en cuestión, ya que se abarcarán temas sociales, culturales y psicológicos que preocupan a los jóvenes y cuya atención les permitirá un mayor desarrollo de su persona, acorde con sus intereses y potencialidades.

El programa de educación tienen que tomar en cuenta los servicios recreativos, educativos y de salud que existan en las comunidades, por lo que se puede realizar la concertación de actividades entre las diversas instituciones para fortalecer dicho programa, una de estas actividades es el facilitar a los adolescentes el acceso a los servicios que ellas les ofertan, ya que muchos jóvenes, por su edad los desconocen, ignoran cómo y con quién tramitarlos o no saben como acceder a ellos; de este modo, uno de los objetivos específicos del programa será el remover las barreras culturales y estructurales que limitan el acceso de los adolescentes a dichos servicios.

Asimismo, no se ignora que ya se han hecho programas de educación o información sexual por parte de instituciones públicas y privadas o de organizaciones no gubernamentales, por tanto, se recomienda retomar a estos organismos y reorganizar los programas y servicios ya existentes, para que estos alcancen a más jóvenes de forma aun mas sistemática y global.

Del Programa Integral de Educación Sexual se derivarán proyectos dirigidos, principalmente a:

Estudiantes:

- ⊠ De primaria que se encuentran en quinto y sexto grado
- ⊠ De secundaria (todos los niveles en las materias de ciencias naturales biología, u orientación)
- ⊠ De los diferentes bachilleratos (en las materias de biología, anatomía, fisiología e higiene)
- ⊠ De licenciatura (todas las áreas y de manera opcional)

Adultos:

- ⊠ Padres de familia
- ⊠ Profesores de primaria, ciencias naturales, biología, anatomía, fisiología y orientación.
- ⊠ Profesionistas que trabajan con jóvenes y adolescentes en instituciones educativas, sociales, culturales y recreativas

Así como proyectos educativos dirigidos a grupos minoritarios como:

- ⊠ Niños y adolescentes de la calle
- ⊠ Niños y adolescentes indígenas
- ⊠ Niños y adolescentes discapacitados
- ⊠ Niños y adolescentes que viven en casas hogar
- ⊠ Niños y adolescentes que han sido reclusos a causa de algún ilícito.

Es importante pensar en determinados grupos, como son los niños y adolescentes indígenas y los que se encuentran en la calle, ya que muchos de los programas de educación sexual están pensados para ser abordados en la escuela, sobre todo en la secundaria, sin embargo, en México una gran parte de la población sigue sin acceder o concluir la educación básica, por lo que se debería dar desde los primeros años de la escuela en que se encuentra la mayor cantidad de niños inscritos, o en otros ámbitos de la comunidad. Igualmente, se debe tomar en cuenta a los niños y adolescentes discapacitados, a los que viven en casas hogar o que se encuentran privados de su libertad por haber cometido un delito, ya que estos niños, o

bien carecen de padres que los orienten, o presentan necesidades específicas de atención a causa de su condición física o mental, lo que en la mayoría de las veces no impide que experimenten los cambios de la adolescencia, incluido el interés por las personas del sexo opuesto.

Se ha tomado también en cuenta a los estudiantes de licenciatura porque aun cuando éstos tienen una información más amplia sobre los temas ya enunciados, presentan otro tipo de intereses y necesidades, como son el conocer aún más acerca del SIDA, la homosexualidad, o la utilización y la efectividad de los métodos anticonceptivos, entre otros aspectos, además, aunque conocen las formas de evitar las relaciones sexuales de riesgo, un número importante de estos estudiantes aun siguen adoptando conductas sexuales que pueden dañar su salud y la de sus parejas, como es el tener varios compañeros sexuales o no utilizar anticonceptivos en sus relaciones, lo que los expone de igual manera que a los adolescentes, a los problemas de embarazos no deseados y transmisión de enfermedades venéreas.

Los proyectos orientados hacia ellos serán opcionales, brindados a petición de los estudiantes por las instituciones a las que se les requieran estos servicios. También se buscará capacitarlos para que estos a su vez, puedan transmitir la información a otros grupos, según sea su perfil académico.

Como los proyectos estarán enfocados a diferentes grupos de la población adulta, con diversas características socioeconómicas e ideológicas, se dará mayor o menor énfasis a ciertos temas, según el género, el estado civil y el nivel de educación que posean, así como los objetivos que se persigan y sus intereses y necesidades específicas. En el caso de los profesionistas, se les capacitará para la orientación, educación sexual, e intervención con adolescentes de ambos sexos que presenten diversas problemáticas y requieran los servicios de los programas que aquí se proponen.

De igual modo, los proyectos para la educación formal de niños y adolescentes serán tratados de manera progresiva, acordes a su edad y conocimiento, para lograrlo se recomienda que desde los primeros grados de la primaria se aborden cuestiones básicas de anatomía humana y reproducción sexual en plantas, animales y seres humanos, hasta iniciar, en los últimos dos años de la educación básica, los temas ya antes enunciados. Pues si bien no se ignora que desde el primer grado de primaria se comienza a dar dichas nociones, iniciando propiamente el estudio de la sexualidad en quinto año de primaria, este conocimiento es dado en la mayoría de las ocasiones para cubrir un tema más, el cual debe ser aprendido y evaluado, sin poner énfasis en que los niños deben llevar este conocimiento a su vida diaria, incidiendo así en la prevención de las problemáticas que la sexualidad mal entendida provoca.

La idea de comenzar este programa desde la primaria se debe a que los adolescente parecen tener bastante información sobre sexo durante los años en que cursan la escuela media, pero este conocimiento es por lo general muy confuso, ya que gran parte lo aprenden de sus amigos o de los medios de comunicación masiva, por lo que el conocimiento les llega erróneo o con mitos, de manera que se les dificulta su integración en el sistema de valores de la sociedad, por tanto, estos temas deben ser tratados desde antes de la llegada de la pubertad, esto es, generalmente cuando los individuos se encuentran todavía cursando la primaria, y en la que aún tienen poca información, ya sea malversada o fidedigna al respecto.

Y aún cuando estos adolescentes cuentan regularmente con profesores y padres que los podrían orientar al respecto, no muy fácilmente abordan estos temas por provocar incomodidad y pena en una o ambas partes; por tanto, y retomando a algunos autores que afirman que los individuos se sienten menos inhibidos si los talleres son impartidos por asesores de su edad, es que se pretende programar cursos que capaciten a los adolescentes y adultos para que a su vez, éstos lleven la información a otras personas de su misma edad y características sociales y culturales, promoviendo además, el ahorro en recursos humanos, y fomentando en la población, la participación activa en la prevención y en la solución de problemas sociales que aquejan a su comunidad, como es en éste caso, la fecundidad adolescente y la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA.

Finalmente, se sugiere extender los programas de educación sexual a los adolescentes y adultos que estudian la primaria, la secundaria y la preparatoria intensiva o algún oficio en escuelas de capacitación para el trabajo, tanto públicas como privadas, así como en los centros de trabajo que emplean a por lo menos cinco adolescentes o jóvenes.

Estos proyectos se operacionalizarán bajo la forma de talleres o cursos, algunos de ellos incluidos dentro de la currícula de determinadas materias y otros impartidos de manera extracurricular, de acuerdo a los intereses y requerimientos de los mismos estudiantes y de los adultos.

Las líneas de acción a seguir al respecto son:

- ✦ Incorporar dentro de la educación escolar y extra escolar de los niveles básico y medio, el tema de la educación sexual, con el fin de fomentar la toma de decisiones informada sobre aspectos que se refieren al ejercicio de la sexualidad y a la formación de la familia, entre otros temas.
 - ✦ Impulsar la educación y la información sexual que fomente en la población adolescente y juvenil, la toma de decisiones en materia sexual de forma oportuna y responsable.
 - ✦ Desarrollar programas de información y comunicación sexual orientados a los padres de familia, profesores y profesionistas que se encuentran en contacto directo con los problemas de los adolescentes.
 - ✦ Fomentar el retraso de la edad al matrimonio y al nacimiento del primer hijo, mediante acciones de comunicación y educación en población, así como de medidas que incentiven la permanencia de los jóvenes en el sistema educativo formal.
 - ✦ Capacitar recursos humanos entre la misma población, con la finalidad de que éstos contribuyan a prevenir los diversos problemas que se suscitan durante la adolescencia, incluida la fecundidad temprana.
 - ✦ Promover investigaciones y diagnósticos que permitan profundizar en el conocimiento de la variedad de problemáticas sociales que enfrentan los adolescentes que adquieren alguna enfermedad de transmisión sexual o el SIDA, o que se embarazan precozmente, y a causa de ello, contraen matrimonio, abortan o deben cuidar de su hijo en condiciones difíciles y sin el apoyo de la pareja o de la familia.
-

- Asegurar la congruencia de los objetivos y líneas de acción de la Política de Atención a los Adolescentes y Jóvenes y sus programas con los que persiguen otras políticas, planes y programas de desarrollo.

Para conseguirlo se propone el diseño de programas y proyectos que garanticen el acceso a una educación sexual que complemente a la formal, indistintamente del grupo social y del nivel económico al que pertenezcan los adolescentes, padres de familia y profesionistas que laboran con los jóvenes.

7.2.2.2 Programa de Difusión Masiva de Información Sexual

Un segundo programa será el de la difusión de información sexual a través de los medios de comunicación, cuyo objetivo es:

Contribuir al fortalecimiento y consolidación de una cultura de la responsabilidad sexual libre de mitos y tabúes, mediante procesos masivos de información y comunicación social, orientados a extender y profundizar el conocimiento y la comprensión de la naturaleza, las causas y las consecuencias del ejercicio temprano de la sexualidad sin protección en la población en general, con la finalidad última de influir en la población blanco, contribuyendo así en la prevención y disminución de los problemas derivados de la sexualidad.

Como es bien sabido los medios masivos de comunicación impactan enormemente a los jóvenes de hoy, desafortunadamente muchas veces su influencia es negativa, ya que les crean estereotipos juveniles difíciles de alcanzar para el común de los adolescentes. No obstante ello se ha visto que estos medios, utilizándolos de manera adecuada, pueden servir como herramientas para el desarrollo de la sociedad, como aquí se propone.

Este programa se abocará a la elaboración y difusión de comerciales, cápsulas informativas y programas de información y educación sexual dirigidos a adolescentes, jóvenes y público en general, mismos que serán transmitidos por televisión y radio y publicados en medios escritos, tales como revistas y periódicos.

Para ello se requerirá de la colaboración de actores, cantantes y figuras juveniles como informadores y difusores de mensajes que refuercen los objetivos de esta política, de esta forma, los medios estarán cumpliendo con la responsabilidad social adquirida del poder informativo que tienen sobre la población.

En los comerciales se manejarán mensajes dirigidos a mostrar las ventajas de posponer el matrimonio y la paternidad hasta haber alcanzado otros objetivos, tales como la conclusión de los estudios o el ser económicamente independientes y estar en posibilidad de contribuir al mantenimiento de un hogar, igualmente se hará énfasis en la toma de decisiones responsables y en la planeación de actividades que realicen tanto individualmente como en pareja, para evitar situaciones que les impidan o dificulten llevar a cabo sus proyectos de vida.

En las cápsulas se trabajarán algunos temas como la comunicación familiar, los problemas derivados de la sexualidad, los mitos y tabúes al respecto, entre otros, la duración de las cápsulas será de unos cuantos minutos, transmitiéndose a lo largo de programas enfocados al público juvenil. Mientras que los programas serán más extensos, pudiendo durar entre media hora y una hora, transmitidos en horarios en que puedan ser vistos por la mayoría de los

televidentes de todas las edades, especialmente por los adolescentes y padres de familia, abordando temas que contempla el Programa de Educación Sexual.

Líneas de acción:

- Sensibilizar a los agentes que forman parte del sistema educativo y de los medios masivos de comunicación que intervienen en la creación y transmisión de la cultura, para que promuevan la responsabilidad sexual en los adolescentes y combatan los tabúes y los estereotipos juveniles al respecto.
- Difundir información detallada sobre los problemas de la adolescencia por medios electrónicos y escritos, buscando que llegue a la población adulta involucrada y no solo a los adolescentes.

7.2.2.3 Programas Culturales para Adolescentes

El arte y la cultura son aspectos que permiten a los jóvenes expresar sus inquietudes, ideas y sentimientos de una manera original y creativa, en este proceso pueden encontrar solución a sus dudas, inquietudes y problemas, además de ello, pueden servir como un medio para alejarlos de sus conflictos, dándoles nuevas expectativas y perspectivas de la vida.

Como complemento a los dos programas anteriores se encuentran los programas culturales para adolescentes, los cuales tendrán como objetivo:

Promover de manera creativa, el análisis y la reflexión de los adolescentes sobre los riesgos que en materia de sexualidad enfrentan, así como las opciones que tienen para evitarlos y/o afrontarlos.

Para realizarlos, se programarán diversas actividades culturales que incluyan el cine debate y la presentación de obras de teatro que muestren problemas adolescentes, como es el embarazo, la drogadicción o la falta de oportunidades económicas; las obras pueden estar montadas por compañías teatrales o por los mismos jóvenes, ya que estas técnicas permiten exponer determinadas problemáticas, y promueven el análisis de las mismas entre los espectadores.

Aunado a ello, se llevarán a cabo las ferias de la salud reproductiva en diferentes estados de la República, las pintas de bardas, los concursos de creación literaria, fotografía, cartel, poesía, canción y dibujo refiriéndose a la adolescencia, sus conflictos y problemáticas, destacando el embarazo precoz, también, se utilizarán los foros, los debates y la oratoria para generar discusiones en torno al problema de la fecundidad adolescente, tendientes a obtener soluciones emanadas de sus propios protagonistas.

Los Programas Culturales pueden ser llevados a cabo dentro o fuera del sistema educativo formal, en las escuelas y universidades, centros de salud, centros comunitarios y casas de la cultura, entre otros, pues se recomiendan como un refuerzo a la educación sexual que promuevan la reflexión de los conflictos adolescentes, entre los que se encuentra el embarazo temprano, de una forma original, creativa y amena.

Líneas de acción:

- Promover el análisis y la reflexión sobre los problemas adolescentes, así como las propuestas de solución por parte de la población involucrada, a través de las diversas expresiones culturales.
- Estimular a los adolescentes y a la población adulta para que participen en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas y de las políticas que se enfocan a este sector de la población, cuidando que estos incorporen y atiendan sus demandas, prioridades y necesidades, dentro de un marco que tome en cuenta sus diferencias económicas, sociales y culturales.

7.2.2.4 Programa de Atención a los Adolescentes y Madres Adolescentes

Por último se incorporará este programa, con la finalidad de atender en la práctica los problemas que estos pudieran presentar en relación a la sexualidad y a otros aspectos de su vida, su objetivo será:

Establecer centros específicos que atiendan tanto las problemáticas adolescentes, como las generadas por el embarazo precoz.

Durante la adolescencia se pueden presentar una serie de problemas que afectan la vida y las expectativas de desarrollo de los jóvenes, muchos de los cuales pueden ser superados por ellos mismos sin mayores dificultades, siempre y cuando cuenten con la orientación y apoyo necesario de parte de sus padres, parientes y de su pareja, de lo contrario estas dificultades les pueden acarrear más conflictos y complicaciones, algunas de las cuales llegan a relacionarse con el embarazo precoz.

Por ello y para lograr dicho objetivo se propone la creación y la ampliación de espacios que oferten diversos servicios a los jóvenes, encaminados, por una parte a prevenir y atender sus problemas, dudas e inquietudes, y por otro lado a trabajar en la fecundidad adolescente, dichos lugares pueden estar anexos a los centros de salud u hospitales, pero aparte de los adultos, lo que permitirá brindarles, la confidencialidad, intimidad e independencia que ellos requieren para preservar su identidad, ya que no son pocas las ocasiones en que los adolescentes evitan solicitar los servicios destinados a ellos por temor a los regaños, las sanciones morales, al miedo de que su opinión no sea respetada, a que sus padres se enteren de su actividad sexual o a que el personal se muestre poco accesible o comprensible a los problemas que presentan.

Este programa se divide en dos proyectos, uno dedicado especialmente a la atención del embarazo adolescente, y el otro pensado para trabajar con toda la población adolescente y juvenil que lo solicite, los cuales llevan por nombre:

- a) Proyecto de Atención a Adolescentes y Jóvenes
- b) Proyecto de Atención al Embarazo Adolescente

Las líneas generales de acción de dicho programa son:

- ∴ Asegurar la atención integral de las diferentes problemáticas adolescentes y del embarazo temprano.
- ∴ Realizar acciones encaminadas al estudio, atención y solución de los diversos conflictos que presentan estos grupos sociales, algunos de los cuales se derivan de su propia adolescencia o de los problemas sociales, económicos, educativos y culturales que los rodean.
- ∴ Apoyar proyectos de investigación y la generación de información periódica sobre los conflictos de la adolescencia y las problemáticas más apremiantes que estos enfrentan, buscando contribuir al enriquecimiento de esta propuesta.
- ∴ Estimular la participación informada y activa de las instituciones gubernamentales, organismos no gubernamentales e instituciones del sector social y académico, en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas de adolescentes y jóvenes.

7.2.2.4.1 Proyecto de Atención a Adolescentes y Jóvenes

Dentro del Proyecto de Atención a la Población Adolescente y Juvenil se buscará atender los diversos problemas, dudas, inquietudes y necesidades que presentan los jóvenes mexicanos, los cuales no solo son de tipo sexual, sino además educativo, familiar, recreativo, laboral y de salud, por tanto se brindarán los siguientes servicios:

- ✘ Información y educación sexual
- ✘ Prevención de embarazos no deseados
- ✘ Prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.
- ✘ Atención y canalización de adolescentes y jóvenes contagiados de SIDA o de alguna enfermedad de transmisión sexual
- ✘ Atención y canalización de adolescentes embarazadas
- ✘ Prevención de la delincuencia juvenil
- ✘ Canalización de adolescentes y jóvenes con problemas de drogadicción
- ✘ Programación de actividades recreativas, deportivas y culturales
- ✘ Cursos, conferencias y pláticas que aborden problemáticas adolescentes
- ✘ Concursos culturales que estimulen la creatividad juvenil sobre el mejoramiento de su persona y de su comunidad
- ✘ Orientación profesional y vocacional
- ✘ Residencias estudiantiles para niños y jóvenes que son originarios de lugares apartados de las escuelas a las que ellos desean acceder
- ✘ Capacitación para el trabajo
- ✘ Bolsa de trabajo, cooperativas y programas de micro empresa
- ✘ Becas económicas para estudiar en otros estados de la República o para realizar intercambios internacionales
- ✘ Turismo social y actividades vacacionales
- ✘ Formación de clubes infantiles y juveniles
- ✘ Talleres y cursos dirigidos a padres de adolescentes y jóvenes con diferentes problemas

- ✘ Orientación telefónica y personal a problemas adolescentes tales como violencia intrafamiliar, abuso físico o sexual, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, problemas escolares, económicos, familiares o de pareja, entre otros.

Cabe mencionar que los conflictos ya enlistados tienen gran impacto en la vida de los adolescentes y jóvenes que los presentan, por lo que aun cuando alguno pudiera parecer poco relevante o que no tienen que ver con el tema de esta investigación, aun así se considera básica su atención si en realidad se desea establecer una política social que incluya a toda la población a la que va dirigida, ya que mucho se ha analizado que la falta de oportunidades sociales, respaldadas por una política juvenil, y los obstáculos sociales que los adolescentes enfrentan, pueden condicionar, directa o indirectamente el problema del embarazo durante la adolescencia, de ahí que se considere necesario este tipo de proyectos.

Sus líneas de acción serán:

- ∴ Atender integralmente los diversos conflictos adolescentes y juveniles.
- ∴ Informar, orientar y canalizar a las instituciones correspondientes, a adolescentes y jóvenes con problemas de embarazo, drogadicción o enfermedades venéreas, entre otros.
- ∴ Brindar apoyos económicos a los adolescentes para que estos continúen estudiando dentro o fuera de su lugar de origen.
- ∴ Promover el desarrollo de programas recreativos, culturales y deportivos que permitan a la población juvenil, desarrollar sus intereses creativos y compartir sus actividades e intereses en pro de su desarrollo físico y mental.
- ∴ Ofrecer diversas oportunidades económicas a los jóvenes que deseen o requieran acceder al mercado laboral.
- ∴ Promover el reforzamiento de los programas destinados a atender las demandas de la población adolescente y juvenil en los rubros de educación, capacitación, empleo y salud, entre otros, tomando en cuenta que estos grupos seguirán creciendo en las próximas décadas a tasas más elevadas que la población total.
- ∴ Ampliar el acceso a los métodos anticonceptivos, mejorando su difusión y distribución, y adecuándolos a las necesidades y conveniencias de los adolescentes y jóvenes del país.
- ∴ Establecer mecanismos de coordinación entre las diversas dependencias del sector público; y entre los sectores privados y sociales, implementar acciones concretas, efectivas y continuas que promuevan el desarrollo integral de jóvenes y adolescentes.

7.2.2.4.2 Proyecto de Atención al Embarazo Adolescente

Las jóvenes que sospechan estar embarazadas requieren de centros públicos en donde se les ofrezca asesoramiento sobre pruebas de embarazo, orientación de las alternativas que tienen en caso de resultar positiva la prueba, sus pros y contras y los procedimientos a seguir en cada caso.

Por lo que respecta a las adolescentes embarazadas, se les debe ofrecer servicios de asistencia obstétrica y postnatal; así como apoyo psicológico, médico y económico a las madres y parejas adolescentes, especialmente a los que no planearon a su hijo o a los que tuvieron que contraer matrimonio a causa del embarazo, buscando que estos analicen sus alternativas de forma objetiva, y acepten que el tener un hijo no necesariamente es un impedimento para alcanzar sus objetivos personales. En este rubro, se pueden implementar los talleres de orientación matrimonial, las escuelas para padres y las terapias de atención a problemas conyugales y familiares derivados de la edad, la falta de madurez y la intromisión de las familias de ambos jóvenes.

Asimismo, es necesario que se les distribuya información sobre la importancia del cuidado prenatal, se les prepare psicológicamente para el embarazo y el parto, se les proporcione asesorías con respecto al cuidado y la nutrición de la madre y del recién nacido, asistencia sobre la lactancia materna e informes referentes a las inmunizaciones, procurando que las adolescentes encuentren un espacio en donde preguntar acerca de la maternidad, el parto y las opciones de desarrollo que tienen una vez que el bebé haya nacido.

Otros servicios a ofrecer son la atención y canalización a adolescentes que presentan complicaciones por abortos inconclusos o practicados en condiciones antihigiénicas.

Por otra parte las adolescentes embarazadas, las que han abortado o que les resultó falsa la prueba del embarazo necesitan información y asesoramiento acerca de la sexualidad, así como técnicas que faciliten la comunicación familiar y de pareja y les permitan expresar afecto, eliminando los mitos sobre sexualidad y promiscuidad sexual que al respecto pudieran tener, también se les puede proporcionar asesorías sobre anticoncepción para evitar otro embarazo no planificado, todo ello de forma objetiva, dando diferentes alternativas para que sean ellas quienes decidan la opción que mas les convenga.

En otro orden de ideas, si se desea atender ampliamente las necesidades no solo informativas y de salud de estas jóvenes, se debe impedir que abandonen la escuela, proveyéndoles de apoyo económico y social para que puedan continuar con sus estudios, adquieran alguna capacitación laboral y tengan acceso a guarderías y a empleos que les permitan atender las demandas que les genera el ser madres, estudiantes y adolescentes al mismo tiempo. Por lo cual se propone el otorgamiento de estímulos económicos dirigidos a adolescentes embarazadas, solteras o casadas, para que estas concluyan su educación o su capacitación para el trabajo, a la par que reciben dinero para mantenerse y atender a su hijo, y una vez que han aprendido un oficio, se les debe ofrecer empleos y guarderías gubernamentales que le permitan trabajar y de esta forma, estar en posibilidad de ser económicamente activas.

De igual manera, se deben implementar programas de orientación para padres cuyos hijos se hayan visto implicados en un embarazo, ya que estos pudieran no saber como apoyarlos y como hacer frente a las complicaciones que el embarazo no planeado genera en la familia. Todo esto debe estar acompañado de la privacidad y la confidencialidad para brindarles confianza a las y los adolescente y a sus padres, quienes se pudieran sentir incómodos o temer el rechazo de sus familias y de su comunidad si estos se enteran de la situación por la que atraviesan.

Además de contar con programas sexuales, estos adolescentes requieren de oportunidades vitales y razones valiosas que aumente su autoestima y su interés por la vida,

rebasando así el deseo de ser únicamente padres, por tanto, se debe expandir la participación social y escolar de los jóvenes, así como sus oportunidades económicas dentro de la micro empresa, los programas de ahorro y crédito y el trabajo en el sector formal, por ello, esta política y sus programas estarán estrechamente vinculados con los programas nacionales que se refieren a la educación, la salud, el empleo, la población, la mujer, la planificación familiar y el combate a la pobreza, ya que trabajando coordinadamente y en conjunto es como se alcanzarán mayores beneficios para esta población.

Líneas de acción:

- ∴ Proporcionar servicios dirigidos a la atención del embarazo y el parto, así como orientar y canalizar a las jóvenes que han sufrido un aborto.
- ∴ Asegurar el acceso de las adolescentes embarazadas a los servicios de atención prenatal y de salud reproductiva, redoblando las acciones de salud dirigidas a la población adolescente que habita en localidades rurales, aisladas y dispersas.
- ∴ Empezar campañas permanentes de revaloración de la imagen de la mujer, difundiendo la diversidad de roles que desempeña, sus condiciones de vida y la necesidad que tiene de integrarse a la participación plena en todos los ámbitos de la vida social.
- ∴ Ampliar el acceso a los métodos anticonceptivos, mejorando su calidad y adecuándolos a las necesidades y conveniencias de las adolescentes y jóvenes del país.
- ∴ Establecer mecanismos de coordinación entre las diversas dependencias del sector público, y entre los sectores privado y social, implantar acciones concretas efectivas y continuas que promuevan el desarrollo integral de las adolescentes embarazadas, de las madres adolescentes y de los jóvenes que ya están casados, a fin de que sigan siendo productivos para su sociedad.

Los programas aquí planteados tratan de ser complementarios entre sí, ya que buscan llegar a la población juvenil de una y otra forma, ya sea por medio de la educación formal o de la difusión masiva de información, así como de la utilización de la cultura y la recreación, o a través de instituciones y servicios especialmente diseñados para atender los problemas que generalmente son comunes a los adolescentes. Todo ello sin dejar de mencionar aquellos que son propios del embarazo adolescente, de las jóvenes que han abortado o de las parejas que se casaron obligadas por un embarazo.

Por tanto, con este conjunto de programas se pretende ofrecer una política integral de atención a los adolescentes y jóvenes.

7.2.3. Estrategias

Ahora bien, para fines de esta propuesta las estrategias son definidas *"como los principios y líneas fundamentales que orientan el proceso administrativo para alcanzar los objetivos a los que se desea llegar"* (Luna, 1997, apuntes en clase).

Dentro de esta política las estrategias a seguir serán las siguientes:

Primeramente, se aprovechará la mayor cantidad de espacios disponibles en las diferentes entidades federativas para difundir ampliamente estos programas, por tanto, se trabajará con las escuelas del nivel básico, medio y superior, centros comunitarios, instituciones de salud y en general, con todos los organismos que concentran a una gran cantidad de jóvenes, como son: los que están dedicados a la recreación, la cultura, el deporte y la educación, incluyendo también, los que se dirigen a los jóvenes que estudian en escuelas intensivas o que únicamente laboran, haciéndoles llegar la información a sus centros de trabajo.

También, se emplearán a los medios masivos de comunicación: radio, televisión, periódicos, revistas e Internet, y a las artes: cine, teatro, música, poesía y literatura, los cuales permitirán hacer una difusión masiva de los propósitos de la política.

En el Programa de Educación Sexual se trabajará con la población adolescente y juvenil, así como con la adulta, incluyendo a los padres, los líderes comunitarios, los profesores y los profesionistas que laboran con los adolescentes, con la finalidad de que sean ellos quienes propongan gran parte de los contenidos temáticos, los conozcan, apoyen y así se eviten oposiciones a los mismos.

En el Programa de Difusión Masiva de Información Sexual se incluirán a artistas juveniles que promuevan mensajes sobre abstinencia, uso de anticonceptivos y responsabilidad sexual de forma atractiva y ágil, ya que por la identificación que existe entre el público y los artistas, es más factible que los mensajes sean aceptados y puestos en práctica por los jóvenes.

En los Programas Culturales para Adolescentes, se recurrirán a concursos en diferentes áreas de la cultura que los motiven a participar en el análisis de las situaciones por las que comúnmente atraviesan, y las formas que ellos proponen para solucionarlas, de forma original y utilizando los medios que tienen a su alcance.

Mientras que en el Programa de Atención a los Adolescentes y Madres Adolescentes se les ofrecerán múltiples servicios en lugares aparte de los centros que atienden a la población adulta, con el propósito de brindarles seguridad para que ellos acudan a estos centros con mayor confianza y frecuencia.

Por otra parte, y retomando al Programa Nacional de la Mujer y al Programa Nacional de Población 1995-2000, se implementarán de estos las siguientes estrategias:

Se desarrollarán tareas de coordinación y concertación entre los diversos sectores involucrados, estimulando la participación de las instituciones gubernamentales, de los medios masivos de comunicación, del sector social y académico y de las organizaciones no gubernamentales en las acciones aquí plasmadas.

Igualmente, se propiciará la colaboración y participación de las entidades de gobierno estatales y locales y de la sociedad en su conjunto.

Y finalmente se realizará el seguimiento y la evaluación de los programas ya presentados, para conocer su impacto y poder así reorientar oportunamente sus líneas de acción, propiciando su adecuación a las necesidades de los grupos a los que va dirigida.

7.2.4. Vertientes de instrumentación

En otra línea, las vertientes de instrumentación definidas como "los mecanismos a través de los cuales se instrumenta la participación de la sociedad" (Luna, 1997, apuntes en clase) se dividen en cuatro tipos, estas pueden ser de obligatoriedad, de inducción, de coordinación y de concertación, de las cuales se utilizarán mayormente las dos primeras, sin dejar de lado a las otras vertientes.

Para la ejecución de esta política es indispensable la participación de los adolescentes, de los padres de familia y profesionistas que laboran con aquellos, en las acciones de educación e información sexual que se organizarán mediante la coordinación de los diversos organismos e instituciones públicas y privadas del sector educativo y del sector salud.

Dichas acciones inducirán y buscarán cambiar de manera progresiva y continua los diferentes patrones de conducta sexual de arraigo sociocultural que fomentan y promueven el inicio temprano de la sexualidad sin protección, lo que conduce a la aparición de la fecundidad adolescente o a la adquisición de alguna enfermedad de transmisión sexual, incluido el SIDA, entre muchos otros problemas.

La coordinación se realizará entre el sistema educativo y el sistema de salud, con la finalidad de cubrir de manera integral lo plasmado en la política. Los programas y las acciones que aquí se describen tendrán el carácter de obligatorio para las instituciones públicas que pertenecen a estos sectores.

Esta propuesta se traducirá en programas y proyectos en los cuales, la educación sexual permanente será el motor que permita la participación consciente y activa tanto de la sociedad como del Estado.

Por ello será necesario conformar grupos multidisciplinarios, utilizando los profesionistas que se encuentran dentro de los sectores ya mencionados, en donde el licenciado en Trabajo Social jugará un rol importante en la aplicación de esta política, al estar en capacidad, por su perfil académico y profesional, de elaborar los programas y proyectos que aquí se mencionan, participar en su ejecución, supervisión y control de estos procesos, y realizar las evaluaciones que faculten una retroalimentación a los mismos, lo cual permitirá su modificación acorde con las demandas sociales siempre cambiantes de la población a la que se orientan.

RESULTADOS

En esta parte se analizarán en que medida se logró demostrar la hipótesis y el cumplimiento de los objetivos planteados dentro del proyecto de investigación, además de presentar los resultados más relevantes que el estudio arrojó.

1. Comprobación de hipótesis

Dentro del estudio se buscó comprobar la siguiente hipótesis:

La fecundidad adolescente es afectada por factores socioeconómicos y culturales, de los cuáles el nivel educativo, el conocimiento de los métodos anticonceptivos y el comportamiento sexual y reproductivo son los agentes principales que facilitan su surgimiento.

Con esta hipótesis se trató de probar que el nivel de educación, el conocimiento y uso de anticonceptivos y el comportamiento sexual y reproductivo, son los factores que mayormente facilitan la aparición del embarazo durante la adolescencia.

Luego del estudio y análisis de las causas que originan este problema, y recordando que por ser documental la investigación, no se aplicó un cuestionario para aprobar dicha hipótesis, sino que esta comprobación se realizó en base a los mismos resultados que el trabajo arrojó, se concluyó que efectivamente tres de las cuatro variables enunciadas tienen vinculación directa en su surgimiento, estas son:

- ⊗ La educación
- ⊗ El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y
- ⊗ El comportamiento sexual,

Las cuales se explican más ampliamente en el apartado de conclusiones. Encontrándose que en el caso de la educación, esta es causa y efecto del problema; no obstante lo anterior, también se observó que la pobreza, no mencionada en la hipótesis, es uno más de los agentes principales que establecen condiciones propicias para la aparición de dicho problema.

Muy relacionado con el punto anterior se encuentra el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, en donde los estudios reportaron que los adolescentes y jóvenes los conocen, o por lo menos tienen información general al respecto, sin embargo eso no garantiza el que en un momento determinado los utilicen, ya que su uso está estrechamente relacionado con los valores y actitudes de las personas, por lo que la información en sí misma no modifica dichos aspectos, siendo bajo el porcentaje de mujeres que los emplean, teniendo por tanto mayores posibilidades de quedar embarazadas.

En tanto que el comportamiento sexual de los adolescentes, y en especial de las mujeres, fue un rubro importante al momento de estudiar su influencia sobre la fecundidad temprana, ya que se observó que un porcentaje amplio de ellas, inicia su actividad sexual a temprana edad, con hombres a las que generalmente les une el amor o el cariño. Dentro o fuera del matrimonio o de alguna unión matrimonial. Además de que otra parte de la población, si bien no tiene relaciones sexuales, si ha experimentado diferentes tipos de experiencias sexuales, como pueden ser las

caricias o el sexo oral. Observándose cambios en el comportamiento y las actitudes de éstos, los cuales se muestran menos inhibidos ante el sexo y la sexualidad en si misma.

En cuanto a la variable **comportamiento reproductivo**, no se puede afirmar que sea un antecesor del embarazo precoz, al menos no en su totalidad, ya que en el proyecto de investigación se desglosaron siete indicadores,¹ cuatro de los cuales se refieren al número de embarazos, de hijos nacidos vivos y muertos y de abortos que conforman la historia reproductiva de la mujer, mientras que los últimos tres indicadores giran en torno al número ideal de hijos y a la importancia que las mujeres le atribuyen al embarazo, al matrimonio y a los hijos.

Al respecto cabe realizar las siguientes anotaciones:

Los cuatro primeros indicadores son posteriores a la fecundación, ya que se abocan a los embarazos, nacimientos y abortos, por lo que no pueden en principio, contribuir en la aparición del embarazo juvenil, a menos que ya se estuviera hablando de un segundo o tercer embarazo, en donde si podrían ser considerados como aspectos secundarios en el surgimiento del problema en estudio.

En cuanto a los tres últimos indicadores, estos entran dentro de los aspectos culturales, en donde se encuentra, al menos para el caso mexicano, una fuerte valoración social hacia la maternidad, aun por encima del matrimonio, llegando a ser considerados estos dos elementos, sobre todo en medios poco privilegiados, como finalidades únicas de la mujer, mismas que le proporcionarían un valor y un reconocimiento de su núcleo social.

Por tanto, esta variable solo es causa de este problema, en su segunda parte, la cual se refiere al aspecto cultural del mismo.

Por lo antes expuesto se esta en posibilidad de afirmar que la hipótesis de la tesis se cumplió en un 90 por ciento, mientras que el otro 10 por ciento no contribuyó en la comprobación de la misma ya que desde su mismo inicio fue erróneamente planteado.

Por último cabe resaltar que se encontraron otros factores que establecen condiciones propicias para el inicio temprano tanto de la actividad sexual, como de la fecundidad juvenil, más allá de los planteados en la hipótesis, como son la influencia de los medios masivos de comunicación y de los amigos, los problemas familiares, como es la desintegración familiar y la falta de comunicación, además de las zonas de residencia, rural o urbano marginal y la falta de oportunidades laborales, siendo por tanto un problema multifactorial.

¹ Consultar metodología, pagina V de la Tesis.

2. Logro en los objetivos planteados dentro de la investigación

A continuación se enuncia el objetivo general de la investigación, el cual fue:

Realizar un análisis cualitativo y cuantitativo del impacto sociodemográfico del embarazo adolescente a nivel nacional.

Para ello se plantearon los siguientes objetivos específicos:

1) *Determinar los factores que anteceden a la fecundidad adolescente así como sus repercusiones en el ámbito social e individual.*

El primer objetivo cuenta con dos partes, ya que por un lado se buscó determinar las causas que originan al embarazo precoz, para de ahí especificar las consecuencias que este hecho genera en la vida de las jóvenes, de sus hijos y de las personas que los rodean, encontrándose que los factores principales (la educación, la falta de información sexual consistente, el deficiente acceso a los métodos anticonceptivos, la pobreza y los valores culturales contradictorios) en ocasiones pueden ser origen y repercusión de la maternidad adolescente, abundándose mayormente en el apartado de conclusiones.

2) *Describir las características demográficas de las adolescentes embarazadas.*

El segundo objetivo hace mención de las características demográficas de esta población, las cuales se especificaron dentro del tercer capítulo, encontrándose que las jóvenes que inician a más temprana edad su historia genésica, son más propensas a tener, al final de su periodo reproductivo, más hijos en intervalos cortos de tiempo entre uno y otro, que las mujeres que se embarazan después de los 20 años, teniendo aquellas por tanto, menos posibilidades de ver cumplidas sus expectativas en cuanto al número ideal de hijos que deseaban tener; presentándose esta situación sobre todo en las mujeres de los niveles económicos más bajos, repercutiendo con ello en el crecimiento poblacional del país.

3) *Analizar el comportamiento reproductivo de las mujeres de 15 a 19 años a nivel nacional.*

El tercer objetivo se enfocó al estudio del comportamiento reproductivo del total de las mujeres mexicanas del rango estudiado, observándose que hoy en día el factor embarazo temprano, ha permanecido estable en términos de porcentajes, aunque si se ha registrado un incremento en números reales, ésto debido al crecimiento poblacional total, pues recuérdese que actualmente el país cuenta con el mayor número de población juvenil nunca antes registrada.

4) *Elaborar una propuesta de política que responda a la problemática de las adolescentes embarazadas.*

Mientras que los tres primeros objetivos se abocaron al estudio del problema desde distintos aspectos, el cuarto objetivo se propuso elaborar una política social que respondiera a las necesidades de esta población; sin embargo, al iniciar la elaboración de la misma, contenida en el séptimo capítulo, se concluyó que una forma de atender al embarazo juvenil desde su mismo origen era proponiendo una política integral de atención a problemas que generalmente presentan los

adolescentes y jóvenes de ambos sexos, no solo en relación al aspecto sexual, sino en los distintos ámbitos que comprenden al ser humano, por lo que al final se presentó la *Política de Atención a los Adolescentes y Jóvenes*, de la cual se hablará un poco más en el apartado de propuestas.

Con estos cuatro objetivos, logrados al cien por ciento, se concretizó el objetivo general, ya que se analizaron las causas y consecuencias de la fecundidad adolescente de forma cualitativa, apoyándose para ello en los estudios realizados por otros investigadores e institutos, a la par que se dio un sustento estadístico a la información presentada para así estudiarla y proponer soluciones de la magnitud del problema y de la misma investigación.

Por último, dentro de este apartado donde se mencionaron los logros alcanzados en la investigación, se considera necesario aclarar que desde la misma elaboración del proyecto de investigación se estableció que se utilizarían los métodos analítico y sintético para la elaboración de la investigación, sin embargo, una vez concluida la tesis se observó que desde el punto de vista estadístico el estudio no se podía considerar analítico ya que no se habían realizado pruebas estadísticas complejas de análisis, como no fueran los cálculos de las tasas, los promedios y los porcentajes; no obstante lo anterior, en el sentido literal de la palabra, si se realizó un análisis de los elementos que comprenden a la fecundidad adolescente, para luego agruparlos y así poder mencionar algunas generalidades al respecto, recurriendo para ello al método sintético.

Ante esta situación se precisó que la investigación además de haber llegado al nivel descriptivo, podía ser considerada, con ciertas limitaciones, como un estudio transversal, desde el punto de vista de la epidemiología, ya que en este tipo de estudios se mide tanto la exposición a uno o varios factores de riesgo, como la enfermedad, en este caso el problema en estudio, obteniendo de esta forma, información acerca de los diferentes factores de riesgo del embarazo temprano.

3. Resultados de la investigación

En otro orden de ideas, los datos que se obtuvieron del capítulo dedicado al análisis estadístico de esta investigación fueron los siguientes:

El total de la población adolescentes de 15 a 19 años de edad contabilizada en 1997 dentro de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, fue de 5 067 327 mujeres, lo cual equivalió a un 19.96 por ciento del total de la población de mujeres de 15 a 49 años.

Ahora bien, el total de la población de 12 años y más en México, para ese mismo año, fue de 67 487 329 millones de personas, de las cuales el 14.45 por ciento eran mujeres de 15 a 19 años y 15.33 por ciento eran varones de la misma edad.

Cerca de un 70 por ciento de estas adolescentes cuentan, por lo menos, con algún grado de secundaria, lo que equivale a 3 482 774 jóvenes.

El inicio temprano de la actividad sexual dentro del total de las jóvenes del país, para 1995, fue del 19.3 por ciento, destacando el hecho de que un 4.5 por ciento ya había iniciado su actividad entre los 12 y los 15 años.

En la actualidad la edad promedio en que las adolescentes inician su actividad sexual es a los 17 años, permaneciendo relativamente estable desde los años setenta, además de ello, es de mencionar que el inicio sexual antes de cumplir los 15 años disminuyó aceleradamente en este mismo tiempo, ya que pasó de un 10.6 a un 4.6 por ciento en tres décadas.

Más de la mitad de las adolescentes del país manifestaron que su primera relación sexual ocurrió con su esposo o su compañero; mientras que el 45.4 por ciento afirmó que este hecho se dio con su novio o prometido, en tanto que las opciones que se referían al inicio de la actividad coital con un amigo, un conocido u otro, solo sumaron un dos por ciento.

En su gran mayoría, las adolescentes del país que ya han tenido relaciones mencionaron que en su primera vez no emplearon métodos anticonceptivos para evitar un posible embarazo, siendo solo un 7.3 por ciento las que comentaron lo contrario.

Las razones que más mencionaron estas mujeres por las cuales no utilizaron algún anticonceptivo se referían al deseo de quedar embarazadas o porque no planeaban tener relaciones sexuales, en un 33 y un 20 por ciento respectivamente, mientras que otro 20 por ciento manifestó que no los utilizaron en su primera relación ya que desconocían lo referente a éstos.

En contraparte, a nivel global alrededor del 60 por ciento de la población femenina que conoce métodos anticonceptivos los ha utilizado en algún momento de su vida, siendo las mujeres de 30 a 44 las que mayormente los usan.

En tanto que las adolescentes solteras son las que menos los han llegado a utilizar, en comparación con las mujeres adultas y con las jóvenes que ya están viviendo dentro de alguna unión matrimonial.

No, obstante lo anterior, solo el 3.33 por ciento de éstas últimas son las que cotidianamente utilizan métodos anticonceptivos, por lo que se está hablando que de 788 983 jóvenes alguna vez unidas, solo 26 036 sí emplean algún tipo de anticonceptivo de manera regular.

Cabe mencionar que la escolaridad tiene gran relación con el uso de anticonceptivos, pues a medida que aquella aumenta, también aumenta el uso de estos entre las adolescentes, aun cuando el porcentaje sigue siendo muy bajo.

Entre los anticonceptivos que más mencionaron conocer las adolescentes, destacaron el preservativo, las pastillas, la salpingoclasia, las inyecciones y el dispositivo intrauterino, aunque también una proporción importante dijo conocer otro tipo de métodos llamados naturales.

En otra línea, a continuación se muestran cifras a nivel nacional de la fecundidad adolescente tomando como medidas, las tasas específicas, los porcentajes y los promedios para dar a conocer de manera resumida, su participación dentro de la fecundidad total.

Mientras que en el país la fecundidad en general ha disminuido en las dos décadas más recientes en un 51 por ciento, la fecundidad de las mujeres adolescentes se redujo solo en un 26 por ciento en el mismo periodo, lo cual significó un incremento en la participación relativa de las mujeres de este rango de edad en la fecundidad global.

La tasa global de fecundidad de 1992 a 1996 pasó de 3.1 hijos por mujeres en edad fértil, a 2.7 hijos en mujeres de la misma condición mientras que la fecundidad precoz pasó, en ese mismo quinquenio, de 0.08 a 0.07 hijos por cada adolescente embarazada, disminuyendo una décima en cinco años.

Lo que en términos porcentuales significó que la fecundidad adolescente tuvo en esos años, una participación a nivel nacional, de un 13.65 por ciento, sin embargo esta cifra presentó variaciones al relacionarla con el nivel educativo, ya que a menor educación mayor resultó ser el porcentaje de adolescentes embarazadas, en virtud de que las jóvenes que no contaban con ningún grado de escolaridad o que solo habían terminado la primaria representaron el 58.60 por ciento de este universo.

También, el promedio de hijos para las mujeres de 15 a 49 años disminuyó en los últimos años ya que pasó de 7 a tan solo 2.07 hijos, mientras que las adolescentes presentaron un promedio de 0.14 hijos, tanto nacidos vivos como sobrevivientes.

En 1997 alrededor de 78 de cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años se embarazaron, lo cual mostró un decremento a través del tiempo, ya que en 1967 las tasas específicas de este grupo eran de 121 embarazos en adolescentes.

Estos datos buscan mostrar que si bien la fecundidad adolescente pareciera haber disminuido a través del tiempo, en términos absolutos se observa que un mayor número de adolescentes se ha embarazado de 1995 a la fecha, pues como ya se mencionaba, en la actualidad México cuenta con el mayor número de población adolescente registrada hasta el momento.

Asimismo se observó algunas divergencias entre madres adultas y adolescentes, pues por ejemplo, para 1992 las mujeres que fueron madres en la adolescencia tuvieron al final de su período reproductivo, en promedio, 1.6 hijos más que las madres adultas, y para 1997 esta cifra aumentó, ya que éstas tendieron a tener casi tres hijos más que aquellas, por lo que las diferencias, en vez de disminuir, se hicieron aún más evidentes de un quinquenio a otro.

Otro resultado que se obtuvo fue que las mujeres adolescentes tienen mayores complicaciones de salud durante el embarazo y el parto, y es dos veces más alta la posibilidad de fallecer a causa de las complicaciones del parto o de abortos mal practicados, que en las mujeres de 20 años en adelante. Encontrándose una tendencia similar en los hijos de estas jóvenes.

En cuanto a la repetición del embarazo en madres adolescentes, se obtuvo que si bien el 78 por ciento de esta población solo había estado embarazada una vez, un 22.36 por ciento de estas jóvenes mencionaron haber tenido entre dos y cinco embarazos, por lo que se está hablando que casi una de cuatro adolescentes alguna vez embarazadas lo ha estado por más de una vez. Lo que traducido a cifras significó que de 618 721 jóvenes embarazadas, 154 680 tuvieron más de un embarazo para 1997.

Y aun cuando el promedio de hijos para esta población fue de 0.14, éste varió notablemente al relacionar la fecundidad con la variable escolaridad, ya que aquellas jóvenes que tenían menor nivel educativo formal, tuvieron hasta 0.39 hijos en promedio, mientras que aquellas que contaban con la educación media superior y superior solo presentaron un promedio de 0.04 hijos.

Los estados en donde se presentaron los promedios más altos de hijos nacidos vivos de madres adolescentes fueron Chiapas, Tabasco, Oaxaca y Quintana Roo con hasta 0.22 puntos. En contraste, los niveles más bajos correspondieron al Distrito Federal, Nuevo León, Jalisco, Yucatán y Zacatecas con menos de 0.10 hijos en promedio, lo que hizo una diferencia de 0.12 puntos entre el nivel más bajo y el más alto de comparación.

Por otra parte, al analizar el inicio de la vida sexual y reproductiva de los jóvenes, hombres y mujeres, a través de su estado civil, se obtuvo que un 15.57 por ciento de las adolescentes vivían o han vivido dentro de alguna unión, lo que se tradujo a 788 983 mujeres casadas, contra un 4.58 por ciento de los hombres de 15 a 19 años que habían estado en la misma situación. Cabe destacar que no existieron grandes diferencias entre el porcentaje de adolescentes casadas y de aquellas que se encontraban viviendo en unión libre.

Ahora bien, de 618 721 niños hijos de madres adolescentes registrados para 1997, el 82 por ciento, es decir 507 789 niños, nacieron dentro del matrimonio o estando próximo a realizarse este.

El estudio del estado civil en relación a la fecundidad es muy importante ya que si bien el promedio de hijos, tanto nacidos vivos, como sobrevivientes para las jóvenes fue de 0.14, éste se incrementó en 0.80 niños entre las mujeres alguna vez unidas.

Y entre aquellas alguna vez casadas, sin ningún grado de educación o con primaria incompleta el promedio fue de un hijo, mientras que entre las adolescentes casadas que contaban con más estudios, este número se redujo a 0.60 hijos, mostrando grandes diferencias al relacionar ambas variables con el embarazo precoz.

También fue posible observar que es levemente mayor el porcentaje de hijos que sobreviven en los grupos de mujeres que cuentan con mayor escolaridad que en aquellos grupos en que la escolaridad es mínima.

Además de ello, destacó el hecho de que por cada dos niñas fallecen casi cuatro varones hijos de madres adolescentes, observándose una tendencia semejante al interior de los demás grupos de mujeres en edades reproductivas.

En contraparte, no se observó la misma relación con respecto al tamaño de la localidad de residencia ya que los porcentajes fluctuaban entre un 96 y 97 por ciento, por lo que no hubo un patrón que permitiera asegurar que en determinadas zonas de residencia, rurales o urbanas, era más factible que los hijos de madres adolescentes contaran con mayores posibilidades de sobrevivir.

Finalmente, en cuanto al número ideal de hijos de la población en edad reproductiva, más de la mitad de las mujeres a nivel nacional dijo estar de acuerdo que entre dos y tres hijos era el número óptimo para constituir a una familia. En tanto que entre las adolescentes, el 50 por ciento de ellas expresó que dos niños es un número ideal, sin embargo una quinta parte de estas comentó su interés por tener tres hijos, mientras que el deseo por tener cuatro, cinco o un solo hijo fueron poco favorecidos por estas jóvenes.

Por último, el 88.17 por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años, con o sin hijos afirmaron que si deseaban tener hijos, contra un 11.83 por ciento que dijo no desear tenerlos o encontrarse

indecisa, al plantearse metas educativas y laborales que las motivan a posponer o incluso no desear acceder a la maternidad.

Hasta aquí se presentan los resultados obtenidos del presente estudio, mismos que permitieron sacar las conclusiones que a continuación se presentarán.

CONCLUSIONES

A lo largo de esta investigación se estudió al embarazo adolescente desde distintos enfoques. En ella se buscó analizar las causas que conducen a las jóvenes a embarazarse antes de haber terminado su adolescencia. También se esbozaron las diversas dificultades y complicaciones que el hecho del embarazo les puede generar en su vida y en la de su descendencia, algunas de las cuales son independientes de la edad, del estado civil y del nivel económico o educativo de la madre.

Por tanto, las conclusiones a las que este estudio permitió llegar fueron las siguientes:

1. La adolescencia es una noción relativamente joven que tiene su origen en la revolución industrial, viéndose caracterizada por la madurez sexual más temprana, el matrimonio más tardío, los cambios en la conformación de la familia y la influencia de los medios de comunicación.
2. Esta es una fase específica de la vida con características que la diferencian de la infancia y de la adultez. En ella se da un proceso lento, evolutivo y continuo para la adquisición gradual de los valores y de los patrones culturales de la sociedad en la que se desarrolla el individuo. También se suceden una serie de cambios bio-psico-sociales que modificarán la forma en que la persona se percibe y elabora su autoconcepto, iniciando un proceso total de transformación y adaptación de sí mismo.
3. La adolescencia tiene un inicio biológico y una terminación psicosocial. El criterio que se utiliza para establecer la conclusión de este periodo depende del grado de adaptación social, sexual, ideológica y vocacional mas que de la edad cronológica del individuo en sí.
4. En cuanto a la fecundidad adolescente, se habla de un problema social multifactorial, condicionado por factores tanto intrínsecos, como son los valores relativos a la mujer, el matrimonio y el embarazo que privan en la cultura, en este caso mexicana, como extrínsecos, entre los que destacan la pobreza, la falta de educación formal e información sexual y el bombardeo sexual que ejercen los medios de comunicación, derivando todos ellos consecuentemente en una serie de dificultades socioculturales, familiares, educativas, económicas y de salud en la vida de estas adolescentes.
5. Dicha situación no solo se presenta en el país, ya que aun en las naciones más desarrolladas, es más o menos común su aparición, es más, destaca el hecho de que en México la fecundidad juvenil ha permanecido relativamente estable en las últimas dos décadas, no siendo el mismo caso para otros países, en donde este problema si se ha ido incrementando.
6. Esto se debe en parte a que las mujeres han tenido mayores oportunidades de ingreso hacia las escuelas, más información sexual y libertad en la adquisición de los métodos anticonceptivos, así como mejores oportunidades laborales y sociales, mismas que van contribuyendo a que las mujeres jóvenes visualicen otras formas de desarrollo, retardando por tanto la unión

- matrimonial y la fecundidad hasta no haber concretado otros objetivos vitales, lo que no evita que un gran número de jóvenes inicien su actividad sexual en la adolescencia.
7. Aun cuando existe una idea generalizada de que los jóvenes cada vez comienzan sus relaciones sexuales a más temprana edad, se encontró que para el caso de las adolescentes mexicanas, la edad promedio de iniciación sexual de estas es a los 17 años, la cual ha permanecido estable desde los años setenta, sosteniendo sus relaciones sexuales con personas con las que generalmente les une el afecto, como son los novios, los compañeros o los esposos, mismos que no siempre son adolescentes como ellas.
 8. De manera complementaria a lo anterior, concluimos que los varones inician su actividad sexual con sus novias o amigas, o con sexo servidoras, siendo más bajo el número de adolescentes que recurren a estas últimas, pues actualmente al ser menos sancionadas las relaciones sexuales, es más factible que sus relaciones comiencen con sus novias, pudiendo llegar a embarazarias, debiendo entonces asumir las responsabilidades que este hecho implica.
 9. No obstante esta situación, es muy bajo el porcentaje de adolescentes que utilizan métodos anticonceptivos en su primera relación sexual y en las subsecuentes ocasiones, siendo las casadas, en el caso de las mujeres, las más propensas a usarlos. es por ello que es muy alta la probabilidad que tienen de quedar embarazadas desde su primera relación sexual, o de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual, por lo que se debe trabajar en la prevención de estas situaciones, ya que la adolescencia es en sí misma una etapa crítica de construcción y búsqueda, la cual no debe terminar en un embarazo o en un matrimonio forzado.
 10. Ahora bien, se observó que los factores sociales que mayormente conducen a las adolescentes a la maternidad temprana son: la pobreza, el nivel educativo y las pautas culturales, como es el que desde niñas se les condicione a visualizar a la maternidad y al matrimonio como un hecho ineludible y que incluso les proporcionará un estatus dentro de su familia y de su sociedad. Como complemento a lo anterior destaca el hecho de que gran parte de las adolescente no cuentan con un proyecto alternativo de vida que contemple su desarrollo individual mas allá de los roles tradicionales de la mujer, como podrían ser el estudio y el trabajo.
 11. Otros elementos que inciden en este problema son la zona de residencia, las oportunidades laborales que tienen las jóvenes, el comportamiento sexual de los adolescentes, el inicio temprano de su actividad sexual, las condiciones en que ésta se da, si se sucede dentro de una unión conyugal o si es una relación premarital, el conocimiento que tienen sobre métodos anticonceptivos, así como su uso, su costo social y económico, las facilidades o dificultades que enfrentan para acceder a ellos, la inexperiencia para utilizarlos adecuadamente, la comunicación familiar, y las condiciones sociales, económicas y culturales que privan dentro de la familia de origen de estas mujeres. Además de algunos factores situacionales en que las relaciones sexuales pueden surgir, como son bajo el influjo del alcohol y drogas, o aprovechando las situaciones fortuitas para tener la relación coital, muchas veces sin planeación y por tanto, sin un anticonceptivo.
 12. Así como el que la joven haya contraído matrimonio a temprana edad, muestre poca confianza y baja autoestima, además de que los amigos sean una fuente errónea de información, que el
-

- hombre ejerza presión sobre la adolescente para mantener relaciones sexuales coitales, la pareja no sea estable, no hablen de anticonceptivos, tengan relaciones sexuales esporádicas o no deseadas. O que ella no tenga habilidad para rehuir las situaciones de riesgo, para rechazar las relaciones sexuales que no se desean, o para negociar el uso de algún anticonceptivo.
13. Además de las actitudes y creencias en relación a la sexualidad, como es el desconocer la posibilidad de quedar embarazadas, aun desde su primera relación sexual, el que el hombre considere que la responsabilidad en el uso de un anticonceptivo le corresponde a ella y el tener sentimientos idealizados de la maternidad, son otros tantos factores que conducen tanto al inicio temprano de las relaciones sexuales, como el surgimiento del matrimonio y del embarazo precoz.
 14. De los factores antes mencionados, destacó la variable económica como causa y consecuencia del problema; pues incluso el mayor número de embarazos que se suceden en la adolescencia se registran dentro de los sectores económicamente más vulnerables de la población.
 15. Se concluyó además que aquellas jóvenes que tenían menor nivel económico o que se encontraban dentro de la pobreza, eran más propensas a abandonar la escuela, aun antes de embarazarse, al no visualizarla como una opción de desarrollo personal, asimismo contaban con bajas expectativas de crecimiento individual, vivían en ambientes familiares y sociales más adversos, con mayores problemas económicos y culturales y con menores gratificaciones personales, también tenían más probabilidades de contraer matrimonio o de iniciar sus relaciones sexuales a más temprana edad, además de contar con menor información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos. Por todas estas situaciones se precisó que la pobreza engloba en sí misma, a muchos de los condicionantes de la fecundidad temprana.
 16. Al igual que el nivel económico, la educación juega un papel importante en relación al embarazo adolescente, ya que aquellas mujeres que contaban con mayores estudios, y por supuesto con más información, eran menos propensas a tener un embarazo en su adolescencia, aun cuando ya se encontraran casadas, por lo que se observó que la educación, al menos del nivel medio básico, tiene un gran efecto protector para este grupo.
 17. En otra línea, entre los problemas que el embarazo precoz puede acarrear a la joven se encuentran las implicaciones demográficas, económicas, educativas, psicológicas y de salud de la madre y de sus hijos.
 18. Dentro de los problemas demográficos existe una mayor probabilidad de que estas jóvenes tengan más hijos que las mujeres que se embarazaron después de los 20 años, todo ello en intervalos cortos de tiempo, y aun antes de haber terminado su adolescencia, afectando de esta manera el crecimiento poblacional del país y generando más problemas económicos al interior de sus familias, independientemente de si están casadas o solteras. Teniendo también menores probabilidades de alcanzar el tamaño ideal de familia que han proyectado.
-

19. Con respecto a las dificultades económicas, son más susceptibles de sumirse en la pobreza o de verse imposibilitadas para superar las condiciones adversas de vida que padezcan al lado de su familia y de transmitir la pobreza a sus descendientes
 20. Además de ello, las hijas de madres adolescentes tienen dos veces mayores probabilidades de repetir el embarazo precoz, cerrándose con esto un círculo donde priva la pobreza, la falta de instrucción formal y de capacitación para el trabajo y las escasas posibilidades de ascender social y económicamente.
 21. Por tal es que se considera al embarazo precoz como un mecanismo intermedio que limita la superación de la pobreza, ya que este hecho no permite a la adolescente continuar con sus estudios y adquirir una capacitación para el trabajo, lo que a su vez reduce las posibilidades de conseguir un empleo remunerado, disminuyendo así los recursos que posibilitarían el desarrollo integral de ella y de su descendencia, sobre todo si tampoco cuenta con el apoyo de su pareja y/o de su familia.
 22. Aun cuando si es necesario aclarar que en ocasiones todos estos elementos anteceden a la maternidad y esta solo dificulta su modificación, por tal motivo, en muchas ocasiones la joven, sobre todo de niveles socioeconómicos desfavorables, considera que el casarse y tener un hijo no son limitaciones en su vida, pues antes bien le permitirán ocupar un lugar como adulta dentro de su núcleo social.
 23. El embarazo precoz tiene efectos negativos sobre las opciones de matrimonio de la mujer, ya que tiene menores posibilidades de que el padre biológico de sus hijos asuma la responsabilidad financiera y emocional para con ellos y es más probable que los abuelos maternos sean quienes tomen estas atribuciones.
 24. Además esta situación puede obligar a las adolescentes embarazadas a asumir la jefatura del hogar, debiendo por tanto ingresar al mercado laboral sin estar preparadas para ello, enfrentándose así a trabajos mal remunerados y agotadores, cubriendo dobles jornadas laborales, en su casa y su trabajo.
 25. Mientras que en el ámbito educativo generalmente se les presenta la necesidad de abandonar los estudios una vez nacido el niño, si no es que ya lo han hecho antes o durante el embarazo, ya sea para poderlo atender o por los problemas económicos, e incluso culturales y emocionales, que les impidan continuar con sus estudios.
 26. También fue posible observar que pasado el embarazo y los primeros años de vida del niño, una gran cantidad de jóvenes no retoman sus estudios, por lo que en este caso se puede considerar al embarazo como la justificación que ellas buscan para no permanecer en la escuela, ya que muchas mujeres no ven al estudio como una posibilidad real para solucionar sus problemas sociales y económicos a mediano plazo, o de crecimiento personal, ni representa una opción de desarrollo, mientras que la maternidad les permite acceder a la adultez, esto en parte por el precario estatus que en ciertos sectores de la sociedad tiene la mujer, y por los objetivos enfocados hacia el inicio temprano de su historia reproductiva.
-

27. En referencia a las consecuencias de salud, los estudios mostraron que las madres adolescentes tienen mayores probabilidades de sufrir más trastornos durante el embarazo y el parto, como son los problemas de anemia, aborto espontáneo, gestosis, enfermedades hipertensivas, de entre los que destaca la toxemia y la eclampsia, alteraciones de peso, hemorragias, fibrosis, lesiones en la vejiga o en los intestinos y las infecciones urinarias, uterinas, vaginales o del aparato reproductor, complicaciones que se producen en mayor medida en esta población que en las mujeres adultas. Todo esto se debe a la falta de cuidado prenatal, al desconocer las medidas de control que se deben observar durante el embarazo, o porque lo niegan, otros factores que se pueden mencionar tienen relación con su edad, al no haber concluido con la maduración física que el cuerpo requiere para la gestación, misma que en la adolescencia comienza a desarrollarse.
28. En cuanto a los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes, estos presentan mayores complicaciones durante la gestación y el momento del parto, como es la posibilidad de nacer prematuros y con bajo peso o incluso fallecer en los primeros días o antes de cumplir el primer año de vida, aun cuando los estudios médicos no han encontrado una relación directa y consistente entre la mortalidad infantil y el embarazo precoz, sin embargo hay datos que permiten pensar que si existe esta conexión.
29. Otros problemas que están relacionados con el embarazo temprano y el desarrollo del menor son el maltrato infantil y la posibilidad de sufrir negligencia o abuso por parte de quienes los cuidan. También tienden a presentar mayores problemas psicológicos y emocionales y diversos trastornos de conducta, lenguaje y de aprendizaje, producto de la violencia intrafamiliar, el rechazo de sus padres hacia ellos por ser hijos no deseados, o bien por el hecho de carecer de un padre.
30. Por ello se concluye que los hijos de madres adolescentes tienen mayores desventajas que los hijos de mujeres mayores de 20 años, desde el mismo momento de la concepción, debido a que no siempre son deseados y planeados, ni gozan de condiciones económicas y sociales óptimas en su nacimiento y crianza, por lo que a largo plazo pueden ser individuos con bajo potencial académico y laboral, que enfrentarán condiciones más adversas de vida, repitiendo los patrones de conducta que han aprendido en su medio, como es en este caso el embarazo juvenil, aun cuando cabe aclarar que estos problemas no son exclusivos de esta población.

Para finalizar este tema se mencionará la polémica que la fecundidad adolescente ha desatado al adjudicársele una gran cantidad de problemas de salud materno-infantil, pues algunos autores afirman que es solo en edades muy tempranas, entre los 12 y los 14 años, en que existen riesgos reales de que estas jóvenes y sus hijos, sufran trastornos y complicaciones derivadas de su edad, ya que su organismo aun no se encuentra apto físicamente para llevar a término y con éxito un embarazo.

Cabe aclarar que no fue posible, mediante los datos recabados tanto en estudios médicos, como en las estadísticas que apoyaron a la investigación, llegar a conclusiones que permitieran afirmar o negar que el embarazo adolescente, por sí solo, le genera mayores problemas de salud a la madre y al hijo, o si estos problemas se deben mas bien a factores económicos, educativos,

informativos, de personalidad de la joven, e incluso familiares y comunitarios que condicionan la aparición de estas situaciones, por lo que solo se señala esta polémica dejando el asunto para otras investigaciones de tipo médico-sociales.

31. Otra conclusión que se puede desprender de la investigación es que las adolescentes que enfrentan este problema, independientemente de si su embarazo es deseado o no, están más expuestas a diversos problemas psicológicos, de entre los que destaca el Síndrome del Fracaso de las Adolescentes Embarazadas, así como los sentimientos de depresión, furia, tristeza, miedo al futuro y a lo que opinarán sus padres, su pareja y sus amigos, además de mostrar altos índices de confusión y poca madurez e interés para atender su embarazo y para afrontar los conflictos que este hecho les genera.
 32. De ahí que las jóvenes no siempre estén seguras de querer continuar con su embarazo, por lo que comienzan a estudiar las opciones que tienen para solucionar su problema, que siempre se reducen a cuatro. Las alternativas son: tener al bebé dentro del matrimonio, abortar, ser madres solteras o dar al niño en adopción.
 33. Dentro de este estudio se encontró que hoy en día, el ser madre soltera ha dejado de ser un estigma, por lo que el embarazo premarital ya no se asocia forzosamente con un matrimonio apresurado, siendo cada vez mayor el número de jóvenes que asumen el papel de madres solteras. Aun así sigue siendo alto el porcentaje de nacimientos que se suceden dentro del matrimonio, ya sea porque la mujer ya se encontraba viviendo dentro de una unión conyugal, o porque el embarazo obligó o apresuró el matrimonio.
 34. Sin embargo el matrimonio y la maternidad temprana pueden afectar profundamente las condiciones y expectativas de vida de la pareja, ya que regularmente ni él ni ella cuentan con una capacitación laboral ni han terminado su educación, viendo de esta forma afectadas sus opciones de desarrollo individual. Debiendo en la mayoría de las ocasiones afrontar más insatisfacciones y desilusiones que aquellas parejas que se casaron siendo adultos, por lo que se le atribuye a la fecundidad adolescente, la formación de uniones inestables.
 35. En relación al aspecto del aborto, una gran cantidad de mujeres que recurren al él son de clase socioeconómica baja y enfrentan problemas familiares y de pareja que les impiden llevar a término su embarazo, además de que éste, de entrada, no fue planeado. Y aun cuando el aborto implica una gran cantidad de riesgos, se calcula que al menos el diez por ciento de los abortos que se practican en México son de adolescentes, por lo que se puede considerar que si es alta su incidencia entre las adolescentes, no siendo la misma situación para el caso de la adopción, ya que al parecer estas optan por las tres primeras alternativas antes que recurrir a esta última.
 36. Por su parte, los padres de los jóvenes que se ven involucrados en estas situaciones puede experimentar sentimientos de vergüenza, desilusión y deseos de ocultar el embarazo de la joven, llegando incluso a hacer pasar al nieto como hijo propio, o teniendo en ocasiones que apoyarlos económica además de moralmente, viendo mermada además, su economía y su estabilidad familiar.
-

37. En otro orden de ideas, el estudio permite afirmar que los factores que en mayor medida pueden evitar el embarazo adolescente son la información y orientación sobre planificación sexual desde distintos ámbitos de la sociedad, la comunicación familiar, en todas las áreas y en especial sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos, además de que las jóvenes deben de contar con mayores aspiraciones de desarrollo individual, contenidas en un proyecto de vida, una alta autoestima, amplia comunicación con su pareja y mayor educación formal, que supere los valores contrarios que privan en la misma sociedad, como es la doble moral, el falso conservadurismo y los tabúes acerca del sexo.
38. Para ello se debe recurrir a las escuelas, a las artes y a los medios de comunicación, para brindar a la población, programas de educación sexual dentro y fuera de las instalaciones educativas. Otras acciones pueden ser el fortalecimiento de valores culturales que estimulen la adopción de conductas responsables dentro del total de la población, buscando proporcionar además una variedad de opciones de desarrollo de la mujer, apoyando a aquellas que ya viven estas situaciones mediante la implementación sistemática de programas de educación, empleo, guarderías, orientación sexual y matrimonial e información sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar.
39. Y aun cuando no es el tema central de la tesis, si se considera adecuado elaborar una legislación incluyente que regule ampliamente el acceso al aborto, sobre todo para el caso de las adolescentes que a causa de un accidente o un descuido, muchas veces provocado por la ignorancia, se embarazan, viendo sus expectativas de vida modificadas por esta situación. Buscando no que ésta sea la solución a los embarazos, pues para ello se debe trabajar en su prevención y disminución, sino que esta opción sea contemplada como la última de una serie de alternativas con que cuenten estas mujeres.

Hasta aquí se presentan las conclusiones obtenidas de la investigación, mismas que llevan a afirmar que la fecundidad adolescente es un problema social que genera una serie de dificultades socioculturales, familiares, educativas, económicas y de salud, en la vida de las mujeres que la viven por lo que se deben implementar acciones encaminadas a su prevención, tratamiento y disminución, de lo cual surgen las propuestas de Trabajo Social que en el siguiente apartado se enunciarán.

PROPUESTAS

Este último apartado se propone presentar las propuestas surgidas a través del estudio y la reflexión de las dificultades y los problemas que genera el embarazo adolescente en esta población, a fin de ofrecer alternativas para su prevención y tratamiento.

Para ello se propone la implementación de una **Política de Atención a los Adolescentes y Jóvenes**, buscando con ello ofrecer soluciones en el ámbito de la toma de decisiones a éste y otros problemas derivados del ejercicio de la sexualidad sin protección; ya que los jóvenes comúnmente están propensos a vivir una serie de situaciones que pueden condicionar la aparición del embarazo precoz, así como de otras situaciones de salud, como pueden ser el contagio de enfermedades de transmisión sexual o el sida, o de problemas que tienen que ver con los tabúes y estigmas que aún predominan en referencia a las relaciones sexuales y a las relaciones de género y de sexo.

El hecho de que se haya elaborado una política, y no otro tipo de propuesta, como pudo ser un programa de educación sexual, se debió al interés de incursionar en este campo de la planeación social, en donde se trató de dar un marco legal, general, como es la naturaleza de una política, pero ampliamente detallado, a los programas de educación sexual y de atención a la población adolescente y juvenil, que dentro de ella se establecen.

Asimismo, se buscó motivar a los trabajadores sociales para que ellos pasen de ser los que operacionalizan las políticas, a ser los que proponen y elaboran las políticas que habrán de regir tanto a las instituciones en las que están insertos, como a los estados o incluso al país entero.

Por tales razones y por la magnitud de la investigación, es que se realizó dicha política, misma que fue fundamentada en la propia investigación, ya que la estructura general de éstas requiere, por una parte de antecedentes y/o generalidades, los cuales fueron plasmados en el curso del estudio, además de ello, las fuentes consultadas proporcionaron datos que permitieron la conformación de manera más completa, de los programas y proyectos ahí contenidos, siendo por tanto, un complemento entre la investigación y la propuesta.

Ente los diversos objetivos que la política persigue destaca la atención de la maternidad adolescente, a la par que la prevención de estos y otros problemas de tipo sexual entre los jóvenes del país, todo ello mediante la implementación de cuatro programas, los cuales son:

1. Programa Integral de Educación Sexual a Nivel Nacional
2. Programa de Difusión Masiva de Información Sexual
3. Programas Culturales para Adolescentes
4. Programa de Atención a los Adolescentes y Madres Adolescentes

En ellos, la educación será su eje rector, ya que si bien son múltiples los factores que facilitan el surgimiento del embarazo adolescente y de los demás problemas sexuales que aquejan a los jóvenes, siendo los elementos más importantes la pobreza, la falta de educación formal y de información sexual, los valores culturales y el manejo de información altamente sexual dentro de los medios masivos de comunicación, se consideran las siguientes cuestiones:

En relación al factor pobreza, esta fuera de los objetivos que desde un principio se marcaron dentro de la investigación y de la política, combatirla, ya que para eso sería necesario proponer políticas económicas estrechamente ligadas con las sociales, sin embargo, lo que sí se puede hacer es establecer una serie de estrategias y actividades para prevenir y combatir el problema objeto de estudio, entre las que destaca la educación en población, dentro y fuera de los ámbitos formales, valiéndose para ello de las instituciones que se encuentran en las comunidades, de los actores que en ellas convergen, así como de las diferentes expresiones culturales y de los medios masivos de comunicación, contribuyendo de diversas formas en la disminución de la fecundidad adolescente y de otras cuestiones que afectan a la juventud, aún cuando no son exclusivos de esta población.

Ahora bien, los otros condicionantes del embarazo precoz, (información y educación sexual, valores, normas culturales y bombardeo de información sexual) tienen mucho que ver con la educación formal e informal, por lo que aquí se pueden realizar las siguientes actividades:

Por una parte dar mayor consistencia, actualización y énfasis a los programas de educación sexual, ya que si bien existen una gran variedad de estos, mismos que se proporcionan desde los primeros años de primaria y hasta el bachillerato, estos no están dando el resultado esperado, ya que los datos y la realidad muestran su deficiencia, en parte por el origen mismo de las políticas, en donde la educación sexual es contemplada dentro de la política de educación, de salud, demográfica y de la mujer, no existiendo una conexión real y sistemática entre una y otra, por lo que aquí se pretendió darle primeramente a esta política la integralidad y vinculación necesaria para atender, desde distintos puntos, las necesidades de los jóvenes, no solo en los rubros de información sexual, sino en todos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que forman parte del ser humano, utilizando para ello las distintas instituciones educativas, culturales y de salud, que se encuentran dentro de la comunidad.

Además de lo anterior es necesario dotar de material didáctico y de una capacitación amplia al personal profesional responsable de la transmisión de la información en materia de sexualidad, ya que los profesores y demás profesionistas que generalmente están en contacto con los jóvenes, no siempre cuentan con los elementos y con las herramientas didácticas indispensables para reproducir adecuadamente esta información, además de que en ocasiones desapruueban el que la educación sexual sea proporcionada, por lo que la dan de manera escueta, sin crear previamente una atmósfera de confianza entre los alumnos y el profesor, y entre los mismos educandos, generándose como consecuencia que los educadores den por hecho que sus alumnos han comprendido los temas, sin detenerse a indagar todas sus dudas e inquietudes, aún aquellas más singulares o descabelladas, en tanto que el estudiante, ante estas situaciones, no siente la suficiente confianza, ni encuentra el momento para expresar sus preguntas, resultando en un vacío de información difícil de subsanar como no sea ahí mismo, en la escuela o con los agentes educativos, ya que en la casa o con los amigos se dan otras dificultades que tienen que ver con la falta de comunicación e integración familiar, o con la predominancia de tabúes y de mitos relacionados con la sexualidad.

Por tanto se debe capacitar constantemente a estos profesionistas, buscando que ellos a su vez, no solo acepten la necesidad de proporcionar información sexual a los jóvenes, sino que además lleven esa información a sus propias vidas, ya que la práctica es el mejor ejemplo, y nadie puede transmitir eficientemente actitudes y valores con los que no concuerda.

Otro punto muy relacionado con el anterior es el referente a la educación sexual vista, no como una materia más que debe ser estudiada y evaluada, sino como información valiosa para la vida, por lo que se recomienda hacer énfasis en la transmisión ágil y eficaz de los contenidos temáticos, creando un clima de confianza que favorezca su aprendizaje.

Es por ello que si bien la política no propone algo que no haya sido previamente establecido en distintas políticas y en planes y proyectos educativos y comunitarios, si menciona la necesidad de educar y capacitar, por una parte, al común de los adolescentes y jóvenes, pero además a los adolescentes que pertenecen a los grupos minoritarios, tal como es el caso de los discapacitados, los niños de la calle, los indígenas, los que se encuentran en casas hogar o reclusos a causa de algún delito, sin descuidar por ello a la contraparte adulta, como son los profesores de primaria, secundaria y bachillerato y los profesionistas que de alguna forma trabajan con esta población, además de los padres de familia.

Siendo proporcionada la información mediante cursos-talleres de acuerdo a sus características socioeconómicas, nivel de estudios y de conocimiento y a la finalidad que se persiga, pues se debe promover que sean los mismos integrantes de las instituciones y de las comunidades, los que participen de manera consciente y ordenada en la prevención y la solución de las problemáticas que se les presentan.

También se hace hincapié en la necesidad de proveer una serie de materiales didácticos, coordinados desde la misma política, para hacer aún más efectivas las acciones en ella plasmadas, mismos que puedan ser utilizados en las escuelas, las instituciones y las casas de los adolescentes; por tal razón se mencionan dos programas educativos en donde se recurre a los medios masivos de comunicación y a las diferentes expresiones culturales que el hombre ha generado, con la finalidad de complementar al programa principal de la política, que es el educativo, todo ello sin dejar de lado al programa que atenderá los problemas por los que atraviesan la mayoría de los jóvenes y las madres adolescentes, el cual se divide en dos proyectos, los cuales son:

- a) Proyecto de Atención a Adolescentes y Jóvenes
- b) Proyecto de Atención al Embarazo Adolescente

En el proyecto específicamente diseñado para atender a las adolescentes embarazadas se buscará que estas no vuelvan a repetir "accidentalmente" un segundo o tercer embarazo. También se pretende con él, proporcionarles a las jóvenes, una serie de servicios psicológicos, médicos y de orientación sexual, matrimonial y para la crianza de los niños, para así atender sus necesidades de información, educación y capacitación en las distintas áreas de su vida, dotándolas de herramientas para hacerle frente a sus nuevas circunstancias, pues para ello se les motivará a que retomen y concluyan sus estudios y adquieran alguna capacitación que les permita insertarse en el área laboral.

Por último, se considera necesario que la sociedad y el gobierno, a través de las distintas instituciones y ámbitos que la conforman, ofrezcan un mayor número de oportunidades y de posibilidades de desarrollo individual y comunitario a sus miembros, a fin de que los jóvenes y en especial las mujeres, se propongan proyectos de vida integrales donde contemplen distintos aspectos a realizar a lo largo de su vida y no se limiten a la maternidad y el matrimonio.

Concretando, la propuesta consiste en los siguientes puntos:

- a) Se establece una política integral dirigida a la atención de las distintas problemáticas a las que están expuestos los individuos dentro de su adolescencia y juventud, no solo en el plano sexual, sino en las demás esferas que comprenden a la persona.
 - b) Todo ello dirigido tanto a la población joven en general, como a los grupos juveniles minoritarios, así como a los adultos, padres, profesores y profesionistas. El incluir a los adultos en esta política es con la finalidad de que se cubran los vacíos de información que éstos presentan, a la vez que ellos contribuyan en el fortalecimiento de los programas propuestos, al aportar sus ideas y opiniones, buscando en un último plano la comunicación familiar y la adopción de valores útiles para su propia vida.
 - c) Para tal efecto se utilizará la educación e información sexual como las herramientas principales de la política, encaminadas a prevenir, disminuir y atender dichas problemáticas, dándole prioridad a la fecundidad adolescente.
 - d) La concretización de la política se hará mediante cuatro programas y dos proyectos, utilizando las expresiones culturales, los medios masivos de comunicación, la educación e información sexual y las instituciones que se encuentran dentro de la comunidad, para la atención integral de los problemas antes mencionados.
 - e) En el programa de educación sexual, que es el más amplio, se propone la capacitación permanente de los profesionistas y profesores que se encuentran en contacto directo con la población a la que va dirigida la política, a fin de que estos brinden a los jóvenes, los conocimientos en materia de sexualidad de manera eficaz y completa.
 - f) Dicho programa está integrado por una gran variedad de temas relacionados con el desarrollo integral del ser humano, pues se buscará incidir en todos los ámbitos de la persona, y no sólo en el plano sexual.
 - g) Para lograr un verdadero impacto en la población se pretende trascender a la esfera de los comportamientos de las personas, a fin de que asuman actitudes y valores responsables en el ejercicio de su sexualidad.
 - h) También se buscará fomentar en estos, la participación activa en la prevención y en la solución de las situaciones conflictivas que se les presentan, utilizando para ello los recursos que tienen en sus comunidades y en las instituciones que los rodean.
 - i) Dentro del proyecto de atención a madres adolescentes se pretende brindarles servicios médicos, psicológicos y sociales, durante y después del embarazo y del parto, buscando incidir en todas las áreas que ellas requieran.
 - j) Finalmente, se considera que la riqueza de la propuesta consiste en su integralidad, ya que si bien todo lo antes mencionado ya ha sido expuesto en diversas políticas y llevado a la práctica en distintos planes, programas y proyectos, esta política, surgida luego del estudio del problema en cuestión, propone la integración de una serie de servicios educativos y de salud, proporcionados a los distintos grupos que conforman la población juvenil y a la adulta
-

que los rodea, utilizando para ello una gran variedad de herramientas didácticas y de medios para lograrlo.

Ahora bien, este fenómeno, por suscitar importantes conflictos sociales y económicos en la vida de las adolescentes que lo viven, requiere indiscutiblemente de la intervención del trabajador social, ya que este profesional cuenta con un perfil que le permite abordar desde diferentes formas al embarazo adolescente, desarrollando funciones específicas y bien delimitadas dentro de grupos multidisciplinarios que permitan la maximización de recursos económicos, humanos y materiales, todo ello en beneficio de la población objetivo de esta investigación, además de buscar el apoyo de otros actores sociales, como son los padres, los profesores y los medios masivos de comunicación, sin dejar de lado a los propios jóvenes, a las adolescentes embarazadas y a sus parejas, logrando con ello el trabajo conjunto de los grupos involucrados, en la solución y prevención de la problemática que la fecundidad adolescente en específico, genera en la vida de ellos.

LISTA DE CUADROS

Estos cuadros se encuentran en el segundo capítulo de la investigación.

	<i>Página</i>
Cuadro 1 Población femenina de 15 a 49 años por grupos quinquenales de edad. México 1997	9
Cuadro 2 Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 49 años por grupos quinquenales de edad según nivel de instrucción. México 1997	10
Cuadro 3 Tasas específicas de fecundidad por edad y periodos quinquenales total nacional. 1997	11
Cuadro 4 Tasas globales y específicas a nivel nacional de fecundidad de 1992 a 1996.	12
Cuadro 5 Distribución porcentual a nivel nacional de las tasas específicas de la fecundidad adolescente durante el quinquenio de 1992 a 1996.	12
Cuadro 6 Participación porcentual a nivel nacional de las tasas específicas de la fecundidad adolescente en la fecundidad total durante el quinquenio 1992 a 1996, por nivel de instrucción.	13
Cuadro 7 Promedio de hijos nacidos vivos del total de mujeres por grupos de edad según si iniciaron su historia reproductiva en la adolescencia. México, 1997	13
Cuadro 8 Promedio de hijos nacidos vivos de mujeres que han tenido hijos por grupos de edad, según si iniciaron su historia reproductiva en la adolescencia. México, 1997	14
Cuadro 9 Porcentaje acumulado del total de mujeres según edad a la primera relación sexual por generación. México 1995	15
Cuadro 10 Distribución porcentual de adolescentes del país según edad a la primera relación sexual. 1995	16
Cuadro 11	

Distribución porcentual de adolescentes del país que han tenido relaciones sexuales según la persona con la que tuvieron la primera relación sexual. 1995	17
Cuadro 12	18
Distribución porcentual de adolescentes del país según si hicieron algo para no quedar embarazadas en su primera relación sexual. 1995	
Cuadro 13	19
Distribución porcentual de adolescentes del país según razón principal por la que no hizo nada para no embarazarse. 1995	
Cuadro 14	20
Población de 12 a 19 años por sexo y su distribución porcentual según estado civil. México 1997	
Cuadro 15	21
Promedio de hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes de la población femenina de 15 a 49 años por grupos quinquenales de edad de la madre. México 1997	
Cuadro 16	22
Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 49 años alguna vez embarazada por grupos quinquenales de edad, según número de embarazos. México 1997	
Cuadro 17	23
Promedio de hijos nacidos vivos de la población de 15 a 19 años por nivel de instrucción de la madre. México 1997	
Cuadro 18	24
Promedio de hijos nacidos vivos de la población femenina de 15 a 19 años por entidad federativa. 1997	
Cuadro 19	25
Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 49 años alguna vez unida por grupos quinquenales de edad según número de hijos nacidos vivos. México 1997	
Cuadro 20	26
Promedio de hijos nacidos vivos de la población femenina de 15 a 19 años alguna vez unida por nivel de instrucción. México 1997	
Cuadro 21	27
Porcentaje de hijos sobrevivientes de la población femenina nacional y de 15 a 19 años por nivel de instrucción. México 1997	
Cuadro 22	28
Porcentaje de hijos sobrevivientes de la población femenina nacional y de 15 a 19 años por tamaño de la localidad de residencia. México 1997	

Cuadro 23	28
Porcentaje de hijos fallecidos de la población femenina de 15 a 49 años por grupos quinquenales de la edad de la madre y por sexo de los hijos. México 1997	
Cuadro 24	29
Porcentaje de hijos fallecidos de la población femenina de 15 a 19 años por tamaño de la localidad de residencia y por sexo de los hijos. México 1997	
Cuadro 25	30
Población femenina de 15 a 19 años de edad y su distribución porcentual según deseo de tener hijos. México 1997	
Cuadro 26	31
Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 49 años, según número ideal de hijos. México 1997	
Cuadro 27	32
Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 49 años que conoce métodos anticonceptivos por grupos quinquenales de edad según condición de uso. México 1997	
Cuadro 28	33
Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 19 años que conoce métodos anticonceptivos según condición de uso y de unión. México 1997	
Cuadro 29	33
Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 19 años casada y unida, usuaria actual de métodos anticonceptivos por nivel de instrucción. México 1997	
Cuadro 30	34
Distribución porcentual de la población femenina de 15 a 19 años casada y unida, usuaria actual de métodos anticonceptivos por tamaño de la localidad de residencia. México 1997	
Cuadro 31	35
Población femenina de 15 a 19 años que conoce métodos anticonceptivos y su distribución porcentual por método conocido. México 1997	

BIBLIOGRAFÍA

1. **Ander Egg, Ezequiel.** (1995) *Diccionario de Trabajo Social*. Argentina: Lumen.
2. **Ander Egg, Ezequiel.** (1985) *¿Qué es el Trabajo Social?* Argentina: Hvmantas.
3. **Alatorre Rico, Javier y Atkin Lucille C.** (1995) De Abuela a Madre, de Madre a Hijos: Repetición Intergeneracional del Embarazo Adolescente y la Pobreza. En: *Family Structure, Female Headship and Maintenance of Families and Poverty*. The Population Council and ICRW. New York and Washington, D.C.: Author
4. **Anderson Moore, Kristin, Roane Morrison, Donna And Dungee Greene Angela** (1997) Effects On The Children Born To Adolescent Mothers. En *Kids Having Kids. Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy*. Maynard, Rebeca A. (Editor) Washintong, Estados Unidos: The Urban Institute Press.
5. **Barrera Moncada, Gabriel y Kerdel Vegas, Oswaldo** (1987). *El Adolescente y sus Problemas en la Práctica*. Venezuela: Monte Avila
6. **Bowlby, John M.A.M.D.** (1982) *Los Cuidados Maternos y la Salud Mental*. Argentina:
7. **Brien, Michael J. and Willis, Robert J.**(1997) Costs and Consequences for the Fathers. En *Kids Having Kids. Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy*. Maynard, Rebeca A. (Editor) Washintong, Estados Unidos: The Urban Institute Press.
8. **Carpintero, Eugenio** (1995) El Problema del Embarazo no Deseado en la Adolescencia. En *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes. Reelaboración de cómo planear mi vida*. López Sánchez, Felix España: Siglo Veintiuno de España
9. **Castellanos, María C.** (1962) *Manual de Trabajo Social*. México: La Prensa Médica Mexicana.
10. **Código Civil para el Distrito Federal** (1997) (66ª Edición) México: Porrúa
11. **Committee on Population National Research Council.** (1990) *Anticoncepción y Reproducción Consecuencias para la Salud de Mujeres y Niños en el Mundo en Desarrollo*. Argentina: Medica Panamericana
12. **Conger, John.** (1980) *Adolescencia. Generación Presionada*. (Trad. de Sergio Fernández Everest) México: Harla.
13. **Consejo Nacional de Población** (1996) *Indicadores Básicos de Salud Reproductiva y Planificación Familiar* México: Autor
14. **Consejo Nacional de Población** (1995) *Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995*. México: Autor

1. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** (1996) (116ª Edición). México: Porrúa.
2. **Convención sobre los Derechos del Niño** (1996). México: DIF
3. **Del Castillo Martha, Dwek Linda et.al.** (1988) *Maternidad Adolescente en Medios Subprivilegiados*. Argentina: Hvmantas.
4. **Fernández de González D., Guadalupe** (1982) Los Canales de Socialización de la Sexualidad. En *Sociedad y Sexualidad*. CONAPO Vol. I México: Autor.
5. **Fuertes, Antonio, Soriano, Sonia y Martínez José Luis** (1995) La Sexualidad en la Adolescencia. En *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes. Reelaboración de cómo planear mi vida*. López Sánchez, Felix España: Siglo Veintiuno de España
6. **Giraldo Neira, Octavio** (1989) *Explorando las Sexualidades Humanas*. México: Trillas
7. **George, Robert M. And Joo Lee Bong** (1997) Abuse And Neglect Of The Children. En *Kids Having Kids. Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy*. Maynard, Rebeca A. (Editor) Washintong, Estados Unidos: The Urban Institute Press.
8. **Grinder, Robert E** (1982) *Adolescencia*. México: Limusa
9. **Grogger, Jeffrey** (1997) Incarceration-Related Costs Of Early Childbearing. En *Kids Having Kids. Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy*. Maynard, Rebeca A. (Editor) Washintong Estados Unidos.: The Urban Institute Press.
10. **Haveman, Robert H. Wolfe, Barbara And Peterson Elaine** (1997) Children Of Early Childbearers As Young Adults. En *Kids Having Kids. Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy*. Maynard, Rebeca A. (Editor) Washintong, Estados Unidos: The Urban Institute Press.
11. **Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar** (1991) *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill
12. **Hotz, V. Joseph, Williams Mc Elroy, Susan and Sanders, Seth G.** (1997) The Impacts of Teenage Childbearing on the Mothers and the Consequences of those Impacts for Government. En *Kids Having Kids. Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy*. Maynard, Rebeca A. (Editor) Washintong, Estados Unidos: The Urban Institute Press.
13. **Ibañez Brambilla, Berenice.** (1997) *Manual para la Elaboración de Tesis* (2ª reimpresión) México: Trillas.
14. **Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática** (1992) *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992* México: Autor
-

- ↳ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1997) *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997*. México: Autor
- ↳ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1993) *Los Jóvenes en México*. (Del Censo de 1990) México: Autor
- ↳ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1996) *Estadísticas Demográficas y Socioeconómicas de México*. México: Autor
- ↳ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1997) *Estadísticas de Matrimonio y Divorcio 1996*. México: Autor
- ↳ López Juárez, Alfonso, Fernández De la B., Rosalía y Morgan, María Isabel. (1982) Problemas Sociales Relacionados con la Sexualidad. *En Sociedad y Sexualidad*. CONAPO Vol. I México: Autor.
- ↳ Méndez Ramírez, Ignacio et. al. (2000) *El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su Elaboración y Análisis*. México:Trillas
- ↳ Monroy de Velasco, Anameli y Mora de Hamilton Genoveva (1985) *Trabajo Social y Sexualidad Humana*. México:Pax-México
- ↳ Moore, Susan and Rosenthal, Doreen (1995) *Sexuality in Adolescence*. New York, Estados Unidos:Routledge London and New York.
- ↳ Pick De Weiss, Susan (1980) *Un Estudio Social-Psicológico de la Planificación Familiar*. México: Siglo Veintiuno.
- ↳ Poder Ejecutivo Federal (1995a). *Programa Nacional de la Mujer 1995-2000* (en Internet) México: Autor
- ↳ Poder Ejecutivo Federal (1995b). *Programa Nacional de Población 1995-2000* (en Internet) México: Autor
- ↳ Rico De Alonso, Ana (1986) Madresolterismo en Adolescentes: Determinantes Socioculturales, Contexto Ideológico y Recursos de Supervivencia. *En La Antropología Social y los Estudios de la Mujer*. II Congreso Argentino de Antropología Social. Grassi, Estela (Compiladora) Argentina:
- ↳ Rocheblave Spenlé, Anne Marie (1989) *El Adolescente y su Mundo*. Biblioteca de Psicología 12. (7ª ed.) Barcelona: Herder.
- ↳ Rubín Isadore y Kirkendall Lester (comp.)(1987) *Preguntas del Adolescente en su Desarrollo Psicosexual*. (7ª reimpresión) México: Pax-México.
- ↳ Torres Díaz, Jorge (1987) *Historia del Trabajo Social*. Argentina: Hvmnitas.
-

-
- United Nations. Department of International Economic and Social Affairs. *Adolescent eproductive Behavior Evidence from Developing Countries*. (Vol. II) New York: Author
- Welti Chanes, Carlos (1995a) *La Fecundidad en México*. (Tomo V) México: INEGI-UNAM.
- Welti Chanes, Carlos.(1996) Compromisos para el Futuro Demográfico. En *México Joven. Políticas y Propuestas para la Discusión*. Cordera, Rafael, Victoria, José Luis y Becerra, Ricardo. (Coordinadores) México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Welti Chanes, Carlos. (2000) La fecundidad Adolescente en Guanajuato. Consejo Estatal de Población del Estado de Guanajuato. México
- Williams Mc Elroy, Susan and Anderson Moore Kristin (1997) Trends Over Time In Teenage Pregnancy And Childbearing. En *Kids Having Kids. Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy*. Maynard, Rebeca A. (Editor) Washintong, Estados Unidos: The Urban Institute Press.
- Wolfe, Barbara And Perozek Maria (1997) Then Children's Health And Health Care Use En *Kids Having Kids. Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy*. Maynard, Rebeca A. (Editor) Washintong, Estados Unidos: The Urban Institute Press.
-

HEMEROGRAFÍA

- Acosta Díaz, Félix (1995) Participación Femenina, Estrategias Familiares de Vida y Jefatura Femenina de Hogar: Los Problemas de la Jefatura Declarada. Estudios Demográficos y Urbanos,3,545-560
- Adolescentes: Salud de la Reproducción (1997) Network en Español,17,9.
- Amuchastegui, Ana y Rivas Marta (1997) La Sexualidad Adolescente y el Control Social. (Se Obtuvo el Resumen de Internet)
- Barnett, Barbara (1994) Los Jóvenes se Exponen a Abortos de Alto Riesgo. Network en Español,9,13-17.
- Barnett, Barbara (1996) La Conciencia de la Propia Fertilidad Influye en el Uso del Método. Network en Español,17,9.
- Bennett, Trude, Declerque Skatrud, Julia, Guild, Priscila, Loda, Frank and Klerman, Lorraine V. (1997) Rural Adolescent Pregnancy: a View from the South. Family Planning Perspectives, 29, 256-260 y 267.
- Blaney, Carol Lynn (1994) La Educación Sexual y las Prácticas más Seguras. Network en Español,9,7-9,11
- Bonfil, Carlos (1998) La Lucha por el Alma de los Niños. Suplemento Mensual La Jornada P.7 (Septiembre,3)
- Brito, Alejandro (1998) La Educación Sexual en las Aulas, del Rezago al Consenso. Suplemento Mensual La Jornada P.6 (Septiembre,3) (Una Entrevista al Subsecretario de Educación Básica de la SEP, Olac Fuentes M.)
- Buvinic, Mayra (1998) Consequences of Early Sexuality and Childbearing. The Costs of Adolescent Childbearing: Evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and México Studies in Family Planning. Special Issue Based on a National Academy of Sciences Workshop,29, 201-209
- Cárdenas Miranda, Elva L. (1996, septiembre). Adopción de Menores. Manuscrito presentado en el Foro Patria Potestad y Adopción de la Junta de Asistencia Privada, México, D.F.
- Chow, Winston K., Eisen, Marvin & Leibowitz, Arleen, (1986) An Economic Model of Teenage Pregnancy Decision-Making. Demography, 23, 67-77
- Eliás, Anilú. (1998) Las Historias Negras del Aborto. FEM,22,4-5
- Embarazo y Oportunidades Vitales entre Adolescentes (1997) GIRE. Boletín Trimestral sobre Reproducción Elegida,15,5-6.
-

- ✓ **Friedman, Herbert L.** (1994) Obstáculos para la Salud de los Adolescentes. Network en Español,9,4-6.
- ✓ **Furstenberg Jr., Frank F.**(1998) When Will Teenage Childbearing Become a Problem? The Implications of Western Experience for Developing Countries Studies in Family Planning. Special Issue Based on a National Academy of Sciences Workshop,29, 246-253
- ✓ **García Baltazar, Julio, Figueroa Perea, Juan Guillermo, Reyes Zapata, Hilda, Brindis, Claire y Pérez Palacios, Gregorio.** (1993) Características Reproductivas de Adolescentes y Jóvenes en la Ciudad de México. Salud Pública de México,35,682-691.
- ✓ **García de la Torre, Guadalupe y Huerta Alvarado, Sigfrido Gerardo** (1998) Consideraciones Metodológicas y Análisis Simple de los Estudios Transversales. Boletín Médico del Hospital Infantil de México,55,6, 303-311.
- ✓ **García Ruiz de Ortiz, Tere** (1996). En riesgo de quedar Embarazadas 4 mil 212 Niñas de la Calle. Suplemento Especial Somos Hermanos P. 1 (Octubre)
- ✓ **Giacomán Claudia.** (1997) Un Vistazo a la Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes. Revista Trimestral de Trabajo Social,16,61-64.
- ✓ **González Cervera, Alfonso S.** (1993) La Fecundidad no Deseada en México. Estudios Demográficos y Urbanos,2,286-290
- ✓ **Hughes, Jane and Mc Cauley, P.** (1998) Improving The Fit: Adolescents' Needs And Future Programs For Sexual And Reproductive Health In Developing Countries. Studies in Family Planning. Special Issue Based on a National Academy of Sciences Workshop,29, 233-245
- ✓ **Instituto Alan Guttmacher** (1998) Presenta el Instituto Alan Guttmacher el Estudio Mundial sobre Embarazo en Adolescentes. (Se Obtuvo el Resumen de Internet)
- ✓ **Kowaleski-Jones, Lori and Mott, Frank L.** (1998) Sex, Contraception and Childbearing among High-Risk Youth: Do Different Factors Influence Males and Females? Family Planning Perspectives, 30, 163-169.
- ✓ **La Realidad del Aborto Clandestino en América Latina** (1994) GIRE. Boletín Trimestral sobre Reproducción Elegida,2, 6-7
- ✓ **La Vida Sexual y Reproductiva de los Jóvenes** (1998) Hacia un Nuevo Mundo The Alan Guttmacher Institute, 1-8.
- ✓ **Lenkiewicz, Noemi Ehrenfeld** (1994) Educación para la Salud Reproductiva y Sexual de la Adolescente Embarazada. Salud Pública de México,36,154-160.
- **Libre Determinación Sexual y de Procreación.** (1997) Estado de la Población Mundial,35-46.

- ✓ **Licenciatura en Trabajo Social. Información Básica de la Licenciatura.** (Folleto) México: ENTS-UNAM.
- ✓ **Los Jóvenes Preparación para la Vida** (1998) Estado de la Población Mundial, 23-34.
- ✓ **Luna, José Luis** (1997) **Taller sobre Política y Planificación Social** Apuntes en clase 1997.
- ✓ **Mariscal Torruella, María Guadalupe** (1996, septiembre). 12 Años de Existencia en la Adopción Plena. Manuscrito presentado en el Foro "Patria Potestad y Adopción" de la Junta de Asistencia Privada, México, D.F.
- ✓ **Meacham, Deborah** (1998) Niñas y Jóvenes Luchando por sus Derechos. Mujer Salud, 3, 33-37.
- ✓ **Mendoza Victorino, Doroteo** (1998) Los Factores Determinantes de la Disminución de la Fecundidad. Los Efectos de la Urbanización, Salud, Educación y Trabajo Femenino. Demos. Carta Demográfica sobre México 11, 8-9.
- ✓ **Mensch, Barbara S., Bruce, Judith and Greene, Margaret E.** (1998) Creating an Adolescence for Girls. Population Briefs. Reports on Population Council Research, 4, 1, 7.
- ✓ **Molina** (1994) Clínica Chilena Ofrece más que Ayuda Médica. Network en Español, 9, 29-30, 35.
- ✓ **Molinari S., Ma. Sara y Aguilar Medina, Iñigo.** (1993) La Salud entre los Jóvenes. Revista Trimestral Práctica, 1, 16-20
- ✓ **Osornio Hernández, Jovita** (1996, septiembre). L Adopción. Manuscrito presentado en el Foro "Patria Potestad y Adopción" de la Junta de Asistencia Privada, México, D.F.
- ✓ **Pérez Duran, Margarita.** Compañero, en Verdad Conoces la Licenciatura en Trabajo Social. (Folleto) México: ENTS-UNAM.
- ✓ **Pérez Palacios, Gregorio** (1998) Siguen siendo las Causas Obstétricas las que originan las muertes maternas. (Se obtuvo el Resumen de Internet)
- ✓ **Perjudica la Maternidad Adolescente a Mujeres Pobres: Mayra Buvinic** (1997) La Jornada p. 58 (Septiembre 12)
- ✓ **Por una Maternidad sin Riesgo** (1998) FEM, 22, 35-36.
- ✓ **Quiróz Neira, Mario Hernán** (1987) El Niño Abandonado. La Familia de Origen en el Contexto de la Legitimación Adoptiva. Revista Trabajo Social, 52, 19-24.
- ✓ **Shokooh Valle, Firuzeh** (1996) Resisten las madres adolescentes. Identifican Necesidades de Mujeres Jóvenes Embarazadas. (Se obtuvo el Resumen de Internet)
- ✓ **Stern, Claudio** (1997) El Embarazo en la Adolescencia como Problema Público: Una Visión Crítica. Salud Pública de México, 39, 137-143.
-

Stern, Claudio (1998). ¿Cómo se Atiende, cómo se Evita, el Embarazo Adolescente? Suplemento Mensual La Jornada P.4 (Mayo.7)

Stock, Jacqueline L., Bell, Michael A., Boyer, Debra K., and Connell, Frederick A. (1997) Adolescent Pregnancy and Sexual Risk-Taking among Sexually Abused Girls. Family Planning Perspectives, 29, 200-203 & 227.

Tentativo (1997) Network en Español 9.35.

Terán Trillo, Margarita (1989) Perfil Profesional del Trabajador Social en el Area de la Salud. Revista Trabajo Social, 37, 1-83.

The Population Reference Bureau (1996) El Tránsito de la Adolescencia. Un Camino de Muchos Riesgos. Mujer Salud 4, 37-39.

Tiezzi, Lorraine, Lipshutz, Judy, Wroblewski, Neysa, Vaughan Roger D., Mccarthy, and James F. (1997) Pregnancy Prevention among Urban Adolescents Younger than 15: Results of the "In Your Face" Program. Family Planning Perspectives, 29, 173-176 y 197

Trussell, James, Koenig, Jacqueline, Stewart, Felicia and Darroch Jacqueline E. (1997) Medical Care Cost Savings from Adolescent Contraceptive Use. Family Planning Perspectives, 29, 248-255 y 295.

Urge Adecuar el Marco Jurídico de la Adopción en Nuestro País: DIF (1996) Somos Hermanos P. 15 (Octubre)

Warren, Charles W., Santelli, John S., Evertt, Sherry A., Kann, Laura, Collins, Janet I., Cassell, Carol, Morris, Leo and Kolbe Lloyd. (1998) Sexual Behavior among U.S. High School Students, 1990-1995. Family Planning Perspectives, 30, 170-172 y 200.

Welti Chanes, Carlos (1995 b) La Fecundidad Adolescente. Implicaciones del Inicio Temprano de la Maternidad Demos. Carta Demográfica sobre México 8, 9-10

Welti Chanes, Carlos (1997) Cambios en la Fecundidad Demos. Carta Demográfica sobre México, 10, 16-18

Wiemann, Constance M., Berenson, Abbey B. Garcia Del Pino, Leticia and McCombs, Sharon (1997) Factors Associated with Adolescents' Risk For Late Entry into Prenatal Care. Family Planning Perspectives, 29, 273-276.